

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N° 106

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 février 1908, à 1 heure.

Par **Henri PARRICAL DE CHAMMARD**

Né à Tulle (Corrèze) le 5 Juillet 1881
Ancien externe des hôpitaux

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

POUR

ANNEXITES SUPPURÉES

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : } MM. SEGOND, professeur.
PIERRE DUVAL et OMBREDANNE, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

THÈSE**POUR****LE DOCTORAT EN MÉDECINE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 février 1908, à 1 heure.

Par **Henri PARRICAL DE CHAMMARD**

Né à Tulle (Corrèze) le 5 Juillet 1881
Ancien externe des hôpitaux

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

POUR

ANNEXITES SUPPURÉES

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : } MM. SEGOND, professeur.
PIERRE DUVAL et OMBREDANNE, agrégés.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY	
Professeurs		MM.	
Anatomie.		NICOLAS.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutiques générales.		BOUCHARD.	
Pathologie médicale	}	DEJERINE.	
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		PIERRE MARIE.	
Opérations et appareils		PRENANT.	
Pharmacologie et matière médicale.		QUENU.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		GILBERT	
Médecine légale.		CHANTEMESSE	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.	
Pathologie expérimentale et comparée.		G. BALLET	
		ROGER.	
		HAYEM.	
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY	
		DEBOVE.	
Maladies des enfants		LANDOUZY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		HUTINEL.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JOFFROY.	
Clinique des maladies du système nerveux.		GAUCHER.	
		RAYMOND.	
Clinique chirurgicale.	}	LE DENTU.	
		BERGER.	
Clinique ophtalmologique.		RECLUS.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		SEGOND.	
Clinique d'accouchements	}	DE LAPERSONNE	
Clinique gynécologique		ALBARRAN.	
Clinique chirurgicale infantile		PINARD.	
Clinique thérapeutique		BAR.	
		POZZI.	
		KIRMISSON.	
		A. ROBIN.	
MM.		Agrégés en exercice.	
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (che
CARNOT	JEANSELME	MARION	des trav. anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE
CLERMONT-FERRAND

A MM. LES DOCTEURS BOUSQUET, PLANCHARD,
POJOLAT

Internat 1900-1901-1902.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR BLUM

CHIRURGIEN HONORAIRE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE
Externat, 1904-1905.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER
Externat, 1905-1906.

MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMBE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON
Externat, 1906-1907.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR GOSSET

PROFESSEUR AGRÉGÉ. CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ. ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LENORMANT

PROFESSEUR AGRÉGÉ. CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LECÈNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ. CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au cours de mes études médicales, j'ai vu très souvent pratiquer l'hystérectomie abdominale totale dans les cas d'annexites suppurées, soit par M. Routier, chirurgien de l'hôpital Necker, soit par MM. Gosset et Lenormant, professeurs agrégés, chirurgiens des hôpitaux. Frappé par l'excellence des résultats obtenus, par la simplicité des suites opératoires, j'ai cru qu'il serait intéressant de relater dans un travail de fin d'études la technique opératoire de mes Maîtres, d'en montrer les résultats.

Après avoir fait l'historique du traitement chirurgical des annexites suppurées, je me propose dans le chapitre suivant de comparer l'une à l'autre l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie abdominale subtotale, de faire ensuite un parallèle entre le drainage abdominal et le drainage vaginal et de prouver ainsi, la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. J'exposerai enfin, dans leurs

détails, les divers procédés employés par mes Maîtres, donnant à la suite de chacun d'eux le résumé de leurs observations d'hystérectomies abdominales totales pour pyosalpinx, et je conclurai.

J'avais songé à donner un certain nombre de figures explicatives, mais un regrettable contre-temps m'empêche, au dernier moment, de mettre mon projet à exécution.

Ce travail ne sera pas suivi de bibliographie : Je ne pourrais en effet que reproduire les bibliographies très complètes parues en 1904, dans les thèses d'Audard et de Mourlhon et, en 1905 dans la thèse de Daniel. Depuis cette époque, peu de travaux importants ont été publiés sur la question qui nous intéresse.

Mais, avant d'aborder mon sujet, il est pour moi un devoir bien agréable de remercier mes Maîtres : M. ROUTIER de la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée ; M. GOSSET qui a si aimablement mis à ma disposition non seulement ses observations et ses planches, mais encore ses travaux personnels ; M. LENORMANT qui n'a cessé de me prodiguer ses conseils ; M. LECÈNE qui a bien voulu me communiquer ses observations. Que mes Maîtres reçoivent avec mes biens sincères remerciements, l'assurance de mon respectueux attachement.

Que M. le professeur RECLUS me permette de lui exprimer ma respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de présider ma thèse.

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical des annexistes suppurées tel que nous le préconisons est de date relativement récente. Nous allons rappeler rapidement les diverses méthodes proposées tour à tour.

En 1872, Lawson Tait le premier, puis Hegar et Battey extirpèrent par laparotomie les annexes malades. Ce mouvement né en Angleterre est d'abord timide, et ce n'est qu'en 1887 que Lawson Tait fait la première opération bien réglée pour pyosalpinx, et décrit sa technique. Ce mouvement s'accroît et trouve de nombreux adeptes en Amérique.

La chirurgie française se tient au contraire complètement en dehors de ce mouvement, et Pozzi dans une communication faite le 14 avril 1886, à la Société de chirurgie sur « l'intervention chirurgicale dans certaines formes de péricérites suppurées » concluait de la manière suivante: « Pour les collections situées très haut, et inaccessibles par le vagin ou le rectum... Lawson Tait a proposé et pratiqué la laparotomie médiane, permet-

tant de trouver, d'ouvrir et de drainer l'abcès. Mais son succès constant dans les 20 cas qu'il a publiés n'a pas suffi à faire accepter des praticiens, ce procédé un peu effrayant. » Et Pozzi propose un procédé qu'il nomme laparotomie sous-péritonéale, et qu'il destine à remplacer la laparotomie transpéritonéale.

En 1886 également, le *Lyon médical*, du 21 février publie la description de l'opération de Laroyenne : ponction des collections salpingiennes par la voie vaginale à l'aide d'instruments spéciaux.

En 1887, Péan pratique la première hystérectomie vaginale, pour lésions bilatérales des annexes. En Angleterre, Lawson Tait publie un mémoire important sur le traitement des salpingites suppurées par la laparotomie, et en France, Bouilly, Terrillon, Routier, Pozzi puis Terrier, Le Dentu, Quénu publient des observations de laparotomies pour pyosalpinx et bientôt ses partisans deviennent nombreux.

En 1888, la thèse de Monprofit met au point la question et prône la méthode de Lawson Tait.

Deux mémoires retentissants et opposés paraissent à la fin de 1890 ; l'un de Pozzi, le 3 décembre, à la Société de Chirurgie, conclut à la laparotomie comme voie d'accès sur le pyosalpinx ; l'autre de Péan à l'Académie de médecine qui distingue les cas unilatéraux qu'il draine par le vagin et les pyosalpinx bilatéraux qui sont justiciables de l'hystérectomie vaginale.

Le 25 février 1891, Segond se fait l'ardent défenseur de l'hystérectomie vaginale à la tribune de la Société de Chirurgie. Deux camps sont alors en présence : les

hystérectomistes avec Péan, Segond, Reclus, et Nélaton ; les laparotomistes avec Bouilly, Routier, Pozzi, Terrier. Térillon et Quénu accordent bientôt à l'opération de Péan des indications plus larges que précédemment. La même année paraît le livre *Les suppurations pelviennes chez la femme* de Pierre Delbet ; il s'y montre laparotomiste fervent.

En 1892 et 1893, les discussions roulent sur des modifications de procédés.

A l'École américaine revient l'honneur d'avoir tenté la première et préconisé l'hystérectomie abdominale dans le traitement des annexites suppurées. C'est en effet Polk (de New-York), qui fit le premier en janvier 1892, l'hystérectomie abdominale totale d'une façon raisonnée et méthodique, opération qui est communiquée le 16 février de la même année à la New-York obstetrical Society.

Quelques jours plus tard, J.-M. Baldy (de Philadelphie), tente le premier et préconise l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées, et en adresse la relation au Pan American medical Congress, de Washington.

L'année suivante, le 3 octobre 1893, Polk, à la New-York obstetrical Society et J.-M. Baldy le 5 octobre, à la Philadelphia obstetrical Society, lisent un rapport détaillé sur leur nouvelle opération, rapport qui ouvre la discussion aux États-Unis sur l'hystérectomie abdominale comme traitement des lésions annexielles.

Howard Kelly, en novembre 1895, donne au Congrès de Washington, une description très claire de son pro-

cédé d'hystérectomie abdominale subtotale ; il pratique l'ablation du bloc utéro-annexiel par incision continue, de gauche à droite ou de droite à gauche suivant que la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions.

En France, l'opération de Péan brillait de tout son éclat, quand Delagénère communiqua à la Société de Chirurgie, le 14 février 1894, l'observation de la première opération française d'hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx et métrite parenchymateuse, et il ajoutait :

« ... Les incussés de part et d'autre étaient facile à prévoir puisque d'une part, les laparotomistes se contentaient de supprimer les annexes malades, mais laissaient un utérus malade, et d'autre part, les hystérectomistes enlevaient l'utérus malade et laissaient en partie ou en totalité les annexes plus malades encore...

« L'idéal était évidemment pour ces cas spéciaux, d'enlever à la fois l'utérus et les annexes, prétention réalisable par l'hystérectomie vaginale dans certains cas, irréalisable au contraire, dans d'autres, lorsque les adhérences sont intimes et lorsque les annexes comprises dans des fausses membranes, se mêlent et adhèrent aux anses intestinales.... En outre, les dangers d'infecter le péritoine, au cours de l'intervention, ne me semblaient pas plus grands puisqu'à la laparotomie classique pour pyosalpinx, j'ajoutais seulement l'extirpation d'un utérus infecté, saignant et devenant, par sa seule présence, un danger d'infection. »

Cette communication trouva aussi bien chez les lapa-

rotomistes que chez les hystérectomistes une opposition générale.

La même année Baudron, élève de Segond, écrit une thèse en faveur de l'hystérectomie vaginale qu'il considère comme le traitement idéal des suppurations pelviennes lors de « bilatéralité évidente des lésions annexielles et d'impuissance d'un traitement médical bien dirigé et d'une chirurgie plus conservatrice. »

Au congrès de Genève, août-septembre 1896, le traitement des salpingites suppurées est à l'ordre du jour ; Bouilly rapporteur passe en revue les opérations qui leur sont applicables et fait allusion à l'hystérectomie abdominale totale dont les indications à son avis sont exceptionnelles ; Kelly et Saenger préconisent l'hystérectomie abdominale subtotale.

En Allemagne, Bliesener assistant de Bardenhauer, publie un long article dans le *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynækologie* sur l'hystérectomie totale comme traitement des annexites suppurées. Döderlein, Everke, Rosthorn se déclarent très partisans de l'opération américaine.

Vers la fin de 1896, seulement, Terrier utilise le premier en France, l'hystérectomie abdominale subtotale pour les salpingites suppurées, et toutes ses préférences vont bientôt à la subtotale.

Pendant l'année 1897, l'idée de l'hystérectomie abdominale va trouver des adeptes parmi ses anciens adversaires. Richelot, à la Société de Chirurgie le 18 juin 1897 et dans la *Revue de Chirurgie* (septembre 1897) déclare que la castration totale par la voie haute a des indica-

tions, et en vue de ces cas, il modifie son procédé d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes. « Toutes les fois, dit-il, que pour une raison quelconque le chirurgien choisit la voie sus-pubienne, l'hystérectomie totale est le correctif et le complément logique, sinon toujours nécessaire de la laparotomie... »

Second est d'avis que l'opération américaine employée à propos donne des résultats merveilleux, mais elle a des indications exceptionnelles. Reclus et Nélaton déclarent que l'hystérectomie est une excellente opération. Ricard, Hartmann et Doyen présentent des modifications de procédés.

Le 4 mai 1898, Monod fait une communication à la Société de Chirurgie sur le traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale. De toute la discussion qui suit, il ressort que l'intervention vaginale est une opération incomplète, tandis que l'intervention abdominale apparaît au contraire comme le procédé de choix.

Jonnesco, au Congrès de Gynécologie de Marseille (octobre 1898), affirme encore la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur les autres modes de traitement des suppurations pelviennes, il emploie presque exclusivement l'hystérectomie totale.

Au Congrès français de Chirurgie de la même année, Legueu expose les motifs pour lesquels il préfère l'hystérectomie abdominale à l'hystérectomie vaginale, et Faure y décrit son procédé d'hystérectomie par hémisection utérine.

A partir de l'année 1899 la laparotomie passe au pre-

mier plan et l'hystérectomie par voie vaginale sera, suivant Hartmann, une opération qui « semble aujourd'hui devoir être délaissée ».

Second décrit son procédé d'hystérectomie : le procédé américain modifié.

Au Congrès de Chirurgie de 1899, Ricard lit un rapport très documenté sur l'hystérectomie abdominale en général, et il indique les avantages que présente pour lui la subtotale. Terrier se déclare partisan de la subtotale; il fait l'hystérectomie par ablation première de l'utérus.

Puis paraissent tour à tour les communications de Quénu, Legueu, Terrier, Hartmann, Monprofit, Jonnesco et de tant d'autres, accompagnées de statistiques de totales et de subtotaux.

Delage, élève de Terrier, publie sa thèse en 1901 sur « l'hystérectomie abdominale dans le traitement des inflammations des annexes de l'utérus », ouvrage où nous voyons surtout exposés les différents procédés d'hystérectomie abdominale; Sicard, Bertrand, Breton, traitent le même sujet (Th. de Paris, 1901).

Sorel, au XIV^e Congrès de Chirurgie pose les indications de l'hystérectomie totale dans le traitement des suppurations pelviennes.

En 1902, paraît le livre de J.-L. Faure sur la « Chirurgie des Annexes de l'Utérus ».

Audard, élève de Routier, écrit en 1903 sa thèse : « Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale, pour annexites suppurées ».

En 1904, la thèse de Mourlhon, élève de Terrier :

« L'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées », et celle de Clermonthe.

En 1905, la thèse de Daniel : « Technique opératoire de l'hystérectomie abdominale dans les lésions bilatérales des annexes.

Aujourd'hui l'hystérectomie n'est plus discutée par personne; deux camps restent en présence : d'une part, et ce sont les plus nombreux, les chirurgiens qui font l'hystérectomie abdominale subtotale, d'autre part ceux qui font l'hystérectomie abdominale totale.

Avec nos Maîtres : Routier, Gosset, Lenormant et Lecène, nous dirons que l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal est la méthode de choix, dans le cas d'annexites suppurées.

PARALLÈLE ENTRE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE ET L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE SUBTOTALE POUR ANNEXITES SUPPURÉES.

En présence d'annexites suppurées, l'hésitation n'est point permise, le chirurgien doit procéder à une opération radicale, enlever l'utérus et les annexes.

Il ne saurait être question, en pareil cas, de faire une simple colpotomie. Celle-ci trouvera son indication, lorsque, malgré le traitement rationnel, la température restera élevée, si le toucher permet de constater une aggravation des lésions et si le pus bombe dans le vagin ; on la pratiquera alors mais seulement comme opération palliative, préliminaire, en attendant une hystérectomie abdominale curative, que l'on fera secondairement.

Je n'ai point l'intention de discuter l'hystérectomie vaginale, la voie abdominale a conquis presque tous les suffrages. La voie vaginale est aveugle, prive des renseignements que donne la vue, oblige à se rapporter aux sensations que donne le toucher et souvent contraint de laisser dans le petit bassin une partie des an-

nexes malades. La voie abdominale seule convient aux interventions sur l'utérus et ses annexes, sa supériorité est aujourd'hui démontrée, elle permet de voir ce que l'on fait, de faire sûrement ce que l'on veut, nous n'insisterons pas davantage.

On considérait autrefois que l'ablation totale ou subtotale de l'utérus dans les cas de pyosalpinx devait être l'exception et non la règle. C'est un fait bien acquis aujourd'hui que pratiquer l'ablation bilatérale des annexes et laisser l'utérus est non seulement inutile, mais encore très souvent nuisible. N'est-ce point la plupart du temps de cet utérus que partent les agents infectieux causes des lésions des annexes ? Presque toujours on a à faire à un utérus atteint de métrite, et l'on verra subsister après ablation des annexes, les leucorrhées, les métrorrhagies, les douleurs, les endométrites purulentes, troubles qui disparaîtront si on a recours à une hystérectomie secondaire.

En définitive, quel que soit l'état de l'utérus, qu'il paraisse sain ou vraiment malade, en présence de salpingites suppurées son ablation s'impose, parce qu'il est sûrement infecté.

Presque tous les chirurgiens s'accordent sur ce point, et pour enlever l'utérus et les annexes ils emploient deux méthodes différentes : l'hystérectomie abdominale subtotale et l'hystérectomie abdominale totale. Je vais étudier parallèlement ces deux méthodes, et me basant sur cette comparaison, sur l'enseignement de mes Maîtres, j'arriverai à conclure à la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale.

Le 22 avril 1903, à la Société de Chirurgie, après un rapport favorable de Monod sur les mérites de la subtotale, s'engageait une vive discussion qui montra que la pratique actuelle de la majorité des chirurgiens était en faveur de la susvaginale. « Aujourd'hui, concluait Monod, l'hystérectomie totale ne vit plus que des contre-indications de la subtotale », contre-indications qui pour les partisans de la subtotale deviennent de plus en plus rares. L'hystérectomie subtotale devait sa supériorité incontestable, à sa plus grande bénignité, sa plus grande simplicité, sa plus grande rapidité et sa plus grande asepsie, et nous lisons dans la thèse de Daniel (Paris 1905), que J.-L. Faure, Tuffier, Ricard, Terrier, Pozzi... n'ouvrent le vagin que lorsqu'il y a une des indications suivantes :

1° Lorsqu'il y a nécessité d'assurer un drainage déclive en cas de grosses suppurations pelviennes ouvertes ou cours de l'hystérectomie ;

2° Dans les cas de dénudation large du rectum (Ricard) ;

3° Lorsque les lésions annexielles inflammatoires ou néoplasiques coexistent avec des fibromes du col ;

4° Lorsque ces mêmes lésions accompagnent des cancers du corps ou du col au début ;

5° Dans tous les cas où les altérations annexielles coexistent avec des métrites cervicales intenses ;

6° Lorsqu'il s'agit de lésions néoplasiques des annexes avec ou sans néoplasme utérin ;

7° Exceptionnellement, dans certains cas où les lésions

annexielles sont associées à des fibromes bas situées (fibromes du segment inférieur, ligamentaires) ;

8° Enfin lorsqu'il y a des associations de lésions bilatérales des annexes et de certains utérus fibromateux en général.

Sans une de ces indications spéciales, beaucoup de praticiens font l'hystérectomie subtotale.

Voyons chacun des arguments invoqués par les chirurgiens qui donnent leur préférence à la subtotale.

Pour ses partisans l'hystérectomie abdominale subtotale est plus facile, plus simple dans son exécution, on n'a pas besoin de chercher les culs-de-sacs vaginaux ; le col se présente plus près et plus superficiel ; la section exsangue du tissu utérin n'est pas à comparer avec le tissu du vagin flasque et hémorragique ; la fermeture du moignon est enfin plus rapide que la suture des tranches vaginales dans la totale. Elle est donc plus rapide, par suite de la facilité de l'hémostase. A signaler aussi le danger moins grand de blesser les uretères ; l'utérus étant légèrement attiré en haut hors de la section du col, les uretères sont alors en rapport avec le dôme vaginal.

Elle est plus bénigne et Pozzi déclare que : « Les avantages de la subtotale ne sont pas seulement (ce que personne ne conteste) une plus grande simplicité, et une plus grande rapidité, mais encore, ce qu'on n'a pas mis en relief, une moindre gravité. »

Enfin, dit Ricard, « je considère comme démontré que l'opération est plus facilement maintenue asep-

tique ». La subtotalé est une opération exclusivement abdominale, et par ce fait même, préférable à la totale, qui combine les voies abdominale et vaginale.

Et Faure, le 18 novembre 1903, à la Société de Chirurgie affirmait que : « La conservation du col utérin n'est pas sans importance au point de vue de la statique pelvienne et de l'accomplissement des seules fonctions que le vagin puisse encore accomplir. » Le col laissé en place contribue à en faire un « vagin confortable ».

Signalons un dernier argument mis en avant par quelques-uns en faveur de la subtotalé : l'influence de la subtotalé sur le moral des malades : leur conservant le col on peut facilement leur persuader qu'elles gardent utérus et ovaires !

Nous reconnaissons volontiers que l'hystérectomie subtotalé est un peu plus simple et un peu plus facile à exécuter que l'hystérectomie totale ; mais, à vrai dire, lorsqu'un chirurgien a bien en mains la pratique de la subtotalé, l'hystérectomie totale présente une difficulté supplémentaire bien vite vaincue.

Pour ce qui est de la « statique pelvienne », jamais nous n'avons vu après des totales, de ptoses viscérales, des fistules vaginales persistantes, des brides et des cicatrices fragiles ou douloureuses.

Quant à l'influence de la totale sur le moral des malades, il est possible que ce détail ait une importance chez certaines nerveuses, mais cette critique paraîtra bien petite, auprès des avantages indiscutables de la totale.

Les autres griefs invoqués contre elle sont mal fondés et nous dirons :

1° L'hémostase est facile et parfaite après la totale.

2° Les suites opératoires de la totale sont excellentes, tandis que la subtotalle laisse un moignon de col très souvent nuisible.

3° Les soins post-opératoires de la totale sont d'une grande simplicité.

4° Enfin et surtout la totale permet seule un drainage parfait, le drainage vaginal.

Hémostase. — Aux adversaires de la totale qui l'accusent d'hémorragies fréquentes et difficiles à arrêter, nous répondrons avec Richelot (Congrès de Chirurgie, 28 octobre 1903) : « On a dit que la totale donne plus de sang, c'est absolument faux, à moins qu'on ne fasse une totale de fantaisie, qu'on aille couper très bas la paroi vaginale et rencontrer les artères qui n'existent pas au niveau de l'insertion du col. »

Et avec Gosset nous ajouterons : « C'est pour ne pas pratiquer de façon identique la ligature de l'utérine que les chirurgiens émettent à propos de l'hémostase de la tranche vaginale des opinions si peu concordantes. Les uns, ceux qui lient trop haut prétendent que la tranche vaginale saigne beaucoup ; les autres, ceux qui lient en bonne place, c'est-à-dire *très bas*, soutiennent n'avoir jamais d'hémorragies par la tranche vaginale. Les uns et les autres ont raison, mais seuls ceux qui lient très bas, et prennent par conséquent dans leur ligature à la fois l'utérine et ses branches descendantes (cervico-vaginale et vaginale supérieure) sont à imiter.

L'hémostase n'est pas plus délicate dans la totale que dans la subtotale, elle demande simplement à être faite de façon toute différente. »

Suites opératoires. — Après la totale les résultats éloignés ne sont pas seulement bons, ils sont parfaits. On est étonné de la rapidité avec laquelle l'ouverture vaginale a tendance à se cicatriser et au vingtième jour la cicatrisation est presque achevée. Quelques mois après on constate une petite cicatrice étoilée au fond du vagin, cicatrice souple, non douloureuse et aucun écoulement vaginal.

Après la subtotale, au contraire, même en prenant la précaution de « thermocautériser » vigoureusement la cavité cervicale et de l'évider jusqu'à la périphérie, la septicité du col persiste souvent.

Il n'est pas rare après une subtotale, de voir d'anciennes opérées se plaindre de pertes blanches et de douleurs lombaires, et au spéculum on constate un col gros, rouge, douloureux, qui présente une sécrétion purulente abondante. Ces malades sont alors obligées de suivre un nouveau traitement et parfois on s'est trouvé dans l'obligation de faire secondairement l'ablation du col. M. Gosset a eu à intervenir plusieurs fois dans des cas analogues, et je viens justement de rencontrer chez M. Lenormant une malade dont je vais citer l'observation :

Observation (LENORMANT). *Salpingite suppurée bilatérale. Hystérectomie abdominale subtotale.*

Anna E..., 39 ans, entre le 24 août 1907 à l'hôpital St-Louis, salle Jamain, n° 3.

Malade souffrant du ventre depuis plusieurs années, à la suite d'une couche. Règles normales.

Au toucher, on trouve un utérus qui paraît en rétroversion adhérent dans le fond du Douglas; les culs-de-sac paraissent souples et libres. Dans ces conditions on compte faire une hystéropexie.

OPÉRATION le 2 septembre 1907. — On trouve à l'ouverture du péritoine des lésions que n'avait pas révélé l'examen clinique : à droite, l'ovaire kystique constitue une tumeur d'un volume d'un œuf, la trompe est un peu épaissie. A gauche, les annexes sont prolabées dans le Douglas et masquées par des adhérences du côlon à la face postérieure de l'utérus; elles sont suppurées.

Le vagin n'ayant pas été nettoyé, en pratique l'hystérectomie sus-vaginale par le procédé américain. La face antérieure du rectum est dénudée et suintante, on place une mèche et un drain dans le fond du Douglas.

Suture de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites : Aspiration par le drain et ablation de la mèche au bout de quarante-huit heures. Ablation du drain le 6 septembre.

L'opérée se lève le 14 septembre et sort guérie le 29 septembre 1907.

REVUE EN JANVIER 1908. — Se plaint de pertes blanches et de douleurs lombaires.

Au spéculum : Vagin et col rouges, sécrétion purulente assez abondante. Au toucher, col gros, douloureux, paraissant fixé en arrière par une masse dure d'adhérences remplissant le fond du Douglas. Le reste du bassin est souple et normal. Bonne cicatrice.

Il ne faudrait point croire que cette complication de la subtotale soit exceptionnelle, elle est fréquente, je le répète.

Signalons encore un autre danger que peut causer le moignon du col : je veux parler de sa transformation néoplasique possible.

Nous n'y insisterons pas, c'est là en effet un fait rare, mais certain cependant. Les observations publiées se rapportent surtout à des cas de subtotaux pour fibromes ; mais il n'en est pas moins vrai qu'on a aussi signalé quelques cas de néoplasmes développés sur le moignon du col, après des subtotaux pour annexites suppurées.

Soins post opératoires. — Ils sont des plus simples, si simples que le chirurgien, l'opération terminée n'a pour ainsi dire plus à s'occuper de son opérée.

Aussi qu'en est point notre surprise de lire, dans le numéro de la *Presse médicale* du 8 janvier 1908, dans un article : « Technique de l'hystérectomie abdominale totale » de M. F. Jayle, du service du professeur Pozzi :

« 20° *Suites opératoires.* — Les malades doivent être surveillées de très près et les pansements faits avec la plus grande régularité. Les soins post-opératoires sont astreignants ; de leur exactitude autant que de la méthode opératoire dépend le succès de l'hystérectomie abdominale totale. »

Nous ne voyons pas bien à quels soins M. Jayle veut faire allusion ; pour nous, nous avons toujours constaté

que ces soins étaient des plus simples, bien moins absorbants que ceux que nécessite la subtotale, et cette simplicité est justement un de nos arguments importants en faveur de la totale, elle tient du reste à l'emploi du drainage vaginal, que nous allons exposer bientôt.

Que va-t-on faire en effet? Pendant huit à dix jours, des lavages de la vulve et de la partie antérieure du vagin à l'eau bouillie; puis après l'ablation des drains on donnera matin et soir des injections chaudes. On le voit, rien n'est moins compliqué.

Quant aux soins généraux, ce sont les mêmes qu'après toutes les grandes opérations abdominales: Si la malade paraît un peu fatiguée on lui fera des injections de sérum artificiel, d'huile camphrée.

Lorsque l'opération a été bien menée, les suites sont la plupart du temps aussi bénignes qu'après une simple cure radicale de hernie. La température ne doit pas dépasser $37^{\circ}2$ à $37^{\circ}4$, et le pouls bien souvent monte seulement à 80 ou 90.

Le régime est des plus simples. Le premier jour, rien; le second jour, du lait et de l'eau de Vichy; à la fin du second jour ou au commencement du troisième, la malade rend spontanément des gaz. On administre un lavement le soir du troisième jour et un purgatif le matin du quatrième. A partir de ce moment l'alimentation est reprise progressivement. Les fils sont enlevés vers le dixième jour et la malade se lève du quinzième au vingtième jour.

DRAINAGE VAGINAL. — Un dernier avantage de l'hys-

térectomie totale, et non des moindres, c'est qu'elle permet un large drainage vaginal, et c'est pour cette raison surtout que la totale, dans les cas difficiles et septiques, doit être préférée à la subtotale.

DU DRAINAGE APRÈS HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. DRAINAGE ABDOMINAL ET DRAINAGE VAGINAL

Cette question du drainage après hystérectomie pour lésions suppurées des annexes a une importance capitale.

« Deux faits expliquent la fréquente nécessité du drainage péritonéal et rendent compte de ses avantages, écrit Audard dans sa thèse (Paris, 1903). D'une part l'expérimentation a prouvé que la stagnation des liquides dans le ventre après la laparotomie favorisait l'infection. En second lieu, les autopsies ont permis de constater, chez les sujets morts d'infection à point de départ péritonéal, la présence d'une certaine quantité de liquide dans l'abdomen. Le drainage offre le grand avantage d'entraver la diffusion des liquides dans la cavité abdominale, qu'il s'agisse de sang, excellent milieu de culture, ou d'un exsudat renfermant des micro-organismes. »

P. Delbet, dans son mémoire de 1890, donne les diver-

ses indications du drainage du péritoine et le classe de la façon suivante :

Il faut drainer: après une opération de longue durée; lorsqu'il y a des adhérences étendues; lorsqu'on craint des hémorragies en nappe; lors de déchirure ou de perte de substance du péritoine; s'il persiste des tissus morbides et septiques après ablation de la tumeur; dans les cas de rupture dans le péritoine de foyers septiques; après des déchirures de l'intestin; dans les cas de pelvi-péritonite; dans les cas d'ascite.

Après hystérectomie, le drainage peut être abdominal, abdominal et vaginal ou vaginal.

Les bons résultats obtenus par le *drainage abdominal* ne sont point contestables, mais il ne peut donner que des résultats imparfaits; avec juste raison on lui fait de graves reproches, qui sont encore plus marqués si on a recours à la méthode de Mikulicz.

Le drainage abdominal peut être cause en effet de compressions intestinales, soit d'une façon directe, soit secondairement par les adhérences dont il provoque la formation; il n'assure pas toujours l'écoulement des liquides et derrière ce drainage il se fait souvent de la rétention; l'ablation du tamponnement est difficile à effectuer par suite des bourgeons charnus nouvellement formés et du rétrécissement de l'orifice de la paroi abdominale et cette ablation est toujours très douloureuse pour la malade; il retarde la guérison de la plaie opératoire; favorise la production d'éventrations et de fistules interminables; le drainage abdominal nécessite enfin des soins compliqués, demande à être surveillé

d'assez près par le chirurgien lui-même ; nous y revenons dans quelques instants.

C'est au *drainage vaginal* que nous nous rallions sans restriction : il est seul logique, il est influencé par la pesanteur et il draine au point déclive ; jamais il ne présente les nombreux inconvénients du drainage abdominal que nous venons de signaler.

A ceux qui objectent que le drainage vaginal n'agit pas par le point le plus bas situé, nous répondons que si parfois, en effet, la partie profonde du Douglas descend au-dessous de l'incision vaginale, il sera très facile, par une incision surajoutée verticale, d'atteindre la partie la plus déclive.

Mais, le plus grand reproche que l'on ait fait à la voie vaginale est l'impossibilité où l'on se trouverait de complètement aseptiser ce conduit, c'est là du moins l'avis de beaucoup de chirurgiens.

Pour nous, nous dirons que l'asepsie du vagin est aussi facile à réaliser que celle de tout autre point du corps, le tout est de savoir la pratiquer ; jamais nous n'avons constaté d'infection ascendante du péri-toine.

Nous ne saurions mieux faire à ce sujet que de rappeler les paroles de M. Routier à la Société de Chirurgie en 1897 : « Je suis devenu depuis longtemps déjà disait-il, partisan convaincu du drainage vaginal... Je l'applique largement dans ma pratique, et combien de fois m'est-il arrivé de montrer à mes élèves l'excellence de ce procédé, et la sécurité qu'il nous donne ; les résultats que j'ai obtenus sont trop favorables pour

jamais me le faire abandonner. Je sais des chirurgiens qui redoutent cette ouverture vaginale comme une voie ouverte à l'infection ; je n'hésite pas à les rassurer et à leur affirmer que jamais je n'ai eu un cas de ce qu'on pourrait appeler une infection ascendante du vagin au péritoine.

« Je tiens pour certain que le vagin se désinfecte comme le reste du corps... »

Un grand nombre de chirurgiens se sont rangés à cet avis, et suivant l'expression déjà ancienne de Henri P. Newmann : « Le fantôme de l'infection vaginale est en train de se dissiper rapidement. »

Enfin un dernier avantage du drainage vaginal est la simplicité des soins post-opératoires.

Que se passe-t-il en effet après un drainage abdominal ? Non seulement il faut faire chaque jour le pansement et l'aspiration dans le drain, mais encore il est nécessaire tous les deux ou trois jours d'enlever ce drain et de le laver, puis de le remettre. Lorsque le drain ne donne plus rien, il ne faut pas le retirer tout d'un coup, mais le remplacer par des drains successifs de plus petit calibre.

Bien souvent, des caillots fibrineux obturent sa lumière et le drainage n'est pas assuré ; la malade fait alors une ascension de température. Si on retire le drain on voit derrière lui s'écouler immédiatement une quantité plus ou moins grande de liquide, il y avait rétention et cette rétention était cause de la température.

Après le drainage vaginal rien de semblable. Les soins qu'il nécessite sont exposés avec la technique de

chacun de nos Maîtres, nous n'y insisterons donc pas ici de peur de tomber dans des redites inutiles.

Que pourrait-il arriver de pire, en effet ? Que l'on vienne à omettre d'enlever le drain ? Cela est arrivé, mais on conviendra que c'est là une chose facile à éviter, cet oubli n'a du reste porté aucun préjudice à la malade : « Il m'est arrivé d'oublier les drains, dit M. Routier, tant les opérés allaient bien et j'ai deux fois retiré des drains qui avaient séjourné six mois, alors que mes malades avaient repris depuis longtemps l'exercice de leurs devoirs conjugaux ! Elles n'en étaient pas plus infectées pour cela. »

On m'objectera peut-être que le drainage vaginal peut-être employé aussi bien après une subtotale qu'après une totale !

Pour établir un drainage par le vagin après hystérectomie subtotale, il suffira de fendre le col sur la ligne médiane postérieure, de continuer l'incision sur le vagin jusqu'au fond du Douglas et d'introduire un gros drain par cette brèche.

Cela est possible assurément, mais il n'est pas moins certain que les partisans de la subtotale drainent presque toujours, pour ne pas dire toujours, par l'abdomen, et que c'est après la totale que le drainage vaginal est vraiment tout indiqué, il présente une supériorité telle que c'est pour nous, quand on est obligé de drainer, la méthode de choix.

Il arrive parfois, rarement du reste de faire après hystérectomie totale, un double drainage : un drainage vaginal qui, lui, était indispensable, et en plus

de mettre un petit drain de sûreté abdominal. C'est là un fait exceptionnel et le drain abdominal et seulement laissé en place pendant quarante-huit heures. On aura recours à ce procédé d'exception dans le cas où on n'est pas certain d'avoir eu une très bonne protection pendant toute la durée de l'opération et si l'on craint une hémorragie ou une fistule intestinale secondaire d'une anse grêle remontée très haut dans la cavité abdominale.

Autrefois, en présence d'annexites suppurées, conservateurs à outrance, les chirurgiens enlevaient les annexes, se gardant bien de toucher au corps utérin.

Aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens enlèvent le corps utérin, mais respectent le col qu'ils laissent en place.

Quant à nous, grâce à l'enseignement de nos Maîtres, convaincu par les résultats que nous avons constatés dans les Hôpitaux, nous sommes partisans d'une opération plus radicale. En présence d'annexites suppurées, l'hystérectomie abdominale totale, avec drainage vaginal, est la méthode de choix. Dans les cas simples, *ne nécessitant pas de drainage*, on pourra être autorisé à faire des subtotales, mais dans ces cas seulement.

Nous allons exposer maintenant la technique de chacun de nos Maîtres donnant après chacune d'elles le résumé de leurs opérations de totales pour pyosalpinx ; ce sera le plus bel argument de la thèse que nous soutenons.

TECHNIQUE DU DOCTEUR ROUTIER

Dans sa thèse : « Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale, pour annexites suppurées », Audard a déjà décrit avec grand soin la technique de notre Maître commun le D^r Routier ; je n'aurai donc que peu de détails nouveaux à ajouter pour compléter son travail, et je me verrai obligé de lui faire de larges emprunts.

Si complète que soit la thèse d'Audard, il m'a paru qu'il était juste de rappeler ici que M. Routier était un des chirurgiens de Paris qui pratiquait, depuis le plus de temps, l'hystérectomie abdominale totale dans les cas d'annexites suppurées, et qu'il était intéressant de décrire sa technique.

Grâce à l'obligeance de mon Maître, j'ai eu entre les mains toutes les observations des interventions qu'il a pratiquées à l'hôpital Necker, depuis 1896. Depuis cette époque jusqu'au 1^{er} janvier 1908, M. Routier a fait 221 totales pour pyosalpinx. Si je laisse de côté les cas opérés comme il le faisait de 1896 à 1899 (ligatures des

pédicules vasculaires au caoutchouc), pour ne m'occuper que des cas traités par le procédé qu'il a définitivement adopté, j'arrive à un total de 197 interventions, avec 177 guérisons et 20 morts.

M. Routier faisant seulement l'hystérectomie totale dans les cas graves, réservant la subtotalé pour les cas bénins, il est impossible de comparer les résultats obtenus par cette méthode, à ceux que donnerait la subtotalé ou la castration simple, interventions qui concernent des cas bien différents.

C'est ainsi que cette statistique de totales pour pyosalpinx n'est pas comparable avec les autres statistiques du Dr Routier. Si nous prenons comme exemple l'année 1907, nous voyons que M. Routier a pratiqué 83 hystérectomies totales ou subtotalés pour fibromes, pyosalpinx ou autres lésions, et sur ce nombre nous trouvons : 80 guérisons et 3 morts, or les 3 morts sont survenues après des totales pour pyosalpinx. Il n'existe donc aucune analogie entre ces diverses opérations.

Après avoir décrit les soins pré-opératoires, l'opération, les soins post-opératoires, je publierai les observations des vingt cas de mort, il sera possible alors de se rendre compte de la gravité particulière de chacun de ces cas ; je donnerai ensuite, très résumées, les observations des cas de guérisons.

SOINS DE PROPRETÉ. — Avant le début même de l'intervention, un point important sera celui de la désinfection du vagin pratiquée aussi complètement et aussi soigneusement qu'il est possible.

Les jours qui précéderont l'opération, la malade pren-

dra matin et soir des injections chaudes d'eau bouillie ou d'un liquide antiseptique ; l'avant-veille elle prendra un grand bain et la veille un bon savonnage complétera ce nettoyage. Les poils du pubis sont rasés soigneusement et l'on recouvre la vulve et l'abdomen d'un pansement humide.

Le jour de l'intervention, pendant que le chirurgien se prépare, le pansement de la veille est enlevé, et après avoir sondé la femme, deux aides qui ne participeront pas à l'opération, vont procéder au dernier nettoyage, la malade étant anesthésiée.

La cicatrice ombilicale saisie et dépliée par une pince de Kocher est l'objet d'un savonnage tout spécial et tandis que l'un des aides savonnera largement et longtemps la paroi abdominale, puis la brossera avec une brosse dure ordinaire, le second aide aseptisera la vulve et le vagin, qu'il frottera soit avec une brosse plus petite et moins dure que celle qui a servi à la désinfection de la paroi abdominale, soit avec l'index et le médius de la main droite recouverts et entourés d'une compresse stérilisée. On parcourra successivement et attentivement chaque cul-de-sac du vagin et on insistera sur le nettoyage de ces régions qui constitue la partie délicate de cette préparation. On projettera ensuite à l'aide d'une canule reliée à un laveur par un tube de caoutchouc une solution antiseptique, du sublimé en général, d'abord sur les parties génitales externes, puis dans l'intérieur du vagin. Deux doigts introduits dans le vagin feront pénétrer l'eau dans tous les replis de la cavité vaginale. L'aide écartant ensuite les petites lèvres, avec deux

doigts de chaque main, un infirmier fera couler successivement une certaine quantité d'éther, puis de permanganate de potasse et de bisulfite de soude et enfin d'alcool. On traitera de même la paroi abdominale. La malade est alors aseptisée, le chirurgien peut sans crainte pratiquer l'opération.

OPÉRATION. — A quel procédé d'hystérectomie M. Routier a-t-il recours ? Presque toujours à l'hystérectomie avec ablation simultanée de l'utérus et des annexes, parfois cependant, il emploie le procédé américain modifié. Il est inutile, croyons-nous, d'en donner ici les descriptions que l'on trouvera parfaitement exposées dans la thèse de Delage (Paris, 1901).

L'utérus et les annexes enlevés, et c'est là le point capital de la technique qu'emploie M. Routier, il suture par un point, avec un long catgut, le milieu de la tranche vaginale antérieure avec le péritoine vésical ; c'est là un excellent point de repère. Laissant au fil de catgut toute sa longueur, on le saisit dans une pince de Kocher avec laquelle on fera une légère traction, et avec ce point directeur on termine tout le reste de la suture. Quelques points séparés au catgut uniront la paroi vaginale antérieure et les bords du vagin au péritoine vésical, d'autres points unissant la tranche vaginale postérieure au péritoine du Douglas.

Quant aux pédicules vasculaires, ils sont suivant les cas ou enfouis dans les ligaments larges, dont le feuillet antérieur est uni au feuillet postérieur par quelques points séparés, ou rattachés aux bords latéraux du vagin.

La cavité vaginale est ainsi largement ouverte, communiquant directement avec la cavité abdominale.

DRAINAGE VAGINAL. — M. Routier va drainer, et c'est toujours par le vagin qu'il drainera ; jamais il n'a recours au drainage abdominal qui présente les nombreux inconvénients que nous avons signalés au chapitre précédent.

Cependant, dans des cas exceptionnels, au drainage vaginal M. Routier va adjoindre une mèche abdominale qui pourra procurer une sécurité relative. Deux incidents survenus au cours de l'intervention expliquent cette adjonction où certains croiraient trouver un argument contre l'excellence du drainage par le vagin. Ce sera surtout lorsque l'intestin adhérent aux annexes supprimées on craint une hémorragie secondaire ou si l'intestin ayant été déchiré pendant l'opération, on a des craintes sur la solidité de la suture ; l'anse étant remontée dans l'abdomen loin de l'extrémité des drains vaginaux et des mèches qui leur sont annexées, les deux points à drainer sont alors en effet très distants l'un de l'autre. La mèche abdominale reste en place pendant deux ou trois jours ; mais, je le répète, ce ne sont là que des pis-aller, des cas exceptionnels.

Comment va-t-on procéder au drainage vaginal ? Nous ne saurions mieux faire que de citer presque textuellement la description qu'en donne Audard :

M. Routier emploie deux drains et trois mèches. Il se sert de drains de caoutchouc rouge, souple bien qu'épais, ayant environ 12 centimètres de longueur et 1 centimètre de diamètre, perforés chacun de cinq à six orifices latéraux et présentant, avec une extrémité

vaginale sectionnée perpendiculairement à l'axe du tube, une extrémité abdominale effilée en biseau. Pour chaque drain, deux des orifices latéraux sont situés en regard l'un de l'autre, à un demi-centimètre environ en arrière de l'extrémité qui sera poussée dans le vagin ; une soie tressée plate passant dans chaque tube par ces deux trous est nouée solidement et accole l'une à l'autre l'extrémité vaginale des deux drains ; elle est nouée de nouveau à son autre bout, c'est-à-dire à peu près à dix centimètres du premier nœud ; le fil est double. Lorsqu'on est sur le point de mettre les caoutchoucs en place, on enroule ce double fil autour de leur extrémité vaginale, donnant ainsi encore un peu plus de solidité au système.

Les drains et les mèches sont stérilisés à l'autoclave à une température de 120° pendant une heure. Les mèches ont environ 35 centimètres de longueur et 2 centimètres de largeur. Elles sont faites de gaze pliée sur huit épaisseurs. A celle de leurs extrémités qui deviendra vaginale, est noué un fil de soie de 30 centimètres.

Lorsque le moment de mettre en place drains et mèches est venu, M. Routier prend les deux tubes accolés entre le pouce et l'index de la main gauche et enroule autour de l'extrémité à laquelle il est fixé le double fil de soie qui réunit les drains.

Un aide lui présente alors les trois mèches dépliées et accolées parallèlement, les trois soies étant aussi jointes et parallèles.

M. Routier saisit les trois mèches dans sa main droite et entortille avec les trois fils de soie qui leur corres-

pendent, l'extrémité vaginale des drains déjà flanquée de sa ligature. Puis il prend une pince porte-éponges, introduit un mors dans l'extrémité, qui doit demeurer abdominale, de chaque drain et ferme la pince. Avec un grand clamp courbe, il embrasse l'extrémité qui doit aller dans le vagin, des deux drains et des trois mèches étroitement reliés suivant le procédé déjà décrit; à l'aide de cet instrument, il fait pénétrer les tubes de caoutchouc dans l'intérieur du vagin de haut en bas, de l'abdomen vers la vulve, et il pousse jusqu'à ce que l'extrémité des deux drains, taillée en biseau, vienne se mettre à peu près au niveau de la section vaginale. Il a donc enfoncé dans le vagin les drains dans leur totalité, et une portion seulement, la plus courte de beaucoup, des mèches de gaze dont le reste est destiné à l'abdomen. La pince clamp est alors ouverte et retirée. Il en est de même de la pince porte-éponges, mais le rôle de celle-ci n'est point encore terminé; elle sert alors à bien étaler et à tasser, si la possibilité d'une hémorragie à redouter rend ce tassement nécessaire, l'extrémité abdominale des trois mèches, dont l'une va au cul-de-sac de Douglas et chacune des deux autres vers la fosse iliaque correspondante.

La plaie abdominale est alors suturée à l'aide de fils de bronze d'aluminium qui chargent toute l'épaisseur de la paroi : peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévrose, muscles droits et péritoine. Pour protéger la peau contre la coupure des fils de bronze, on met des bourrelets de gaze stérilisée entre les fils et la paroi abdominale de chaque côté de la suture.

Un pansement est enfin appliqué devant la vulve ; il se compose d'une compresse de gaze stérilisée et d'une couche d'ouate aseptique que maintient en place un bandage en T.

L'abdomen est recouvert de compresses de gaze stérilisée, sur lesquelles on place une couche de coton hydrophile et par-dessus celui-ci du coton cardé ; le tout est maintenu par un bandage de corps.

SOINS POST-OPÉRATOIRES. — Quels soins particuliers seront nécessaires à la malade durant les jours qui suivront l'intervention ? Ils sont des plus simples, on va le voir, et ne ressemblent en rien à ceux que l'on est obligé de donner après une hystérectomie avec drainage abdominal.

Le soir de l'opération, on défait le pansement placé au-devant de la vulve, puis écartant doucement les petites lèvres, on regarde s'il a coulé quelque chose par les drains, si les mèches sont imbibées par un liquide quelconque. Si tout est bien, on laisse la malade en repos, et le cas échéant, on fait un simple lavage de la vulve à l'eau bouillie en ayant bien soin de ne pas faire pénétrer le liquide profondément dans le vagin de peur d'infecter le péritoine de bas en haut. Ce simple lavage, renouvelé matin et soir les jours suivants, est largement suffisant.

Jamais les malades ne se plaignent de souffrir des drains et des mèches qu'elles ont dans le vagin, et le jour où on les extirpe, les malades n'éprouvent qu'une douleur peu intense qui n'est pas à comparer à celles qui accompagnent l'ablation d'un Mikulicz.

C'est vers le septième ou le huitième jour qu'a lieu l'ablation des drains et des mèches. On se sert d'une pince porte-éponge guidée par l'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin. Parfois les mèches adhèrent à la paroi, aussi éprouve-t-on quelque peine à les retirer; une simple injection d'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée, aide à leur détachement. Le plus souvent l'ablation est des plus simples, une seule séance suffit pour retirer les drains et les mèches. S'il se produit une légère hémorragie, ou si les mèches trop adhérentes résistent trop, on remettra au lendemain la suite de l'opération; les jours suivants après avoir donné une injection, on tirera un peu sur les mèches et on coupera toute la partie devenue accessible, et ainsi jusqu'à ce que l'on ait fini de les retirer, mais ce sont là des cas extrêmement rares.

Ajoutons que lors de leur ablation, mèches et drains répandent une odeur nauséabonde, analogue à celle des escharres que l'on retire du vagin quelque temps après l'hystérectomie vaginale.

Les jours qui suivent on fait matin et soir une injection vaginale d'eau bouillie. Les fils qui ont servi à réunir la plaie abdominale sont enlevés huit ou neuf jours après l'opération, en général le jour qui suit l'ablation du drainage vaginal.

Telle est la technique employée par M. Routier dans les cas d'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées.

RÉSULTATS. — A la suite de cette description j'aurais pu publier un certain nombre d'observations détaillées de guérisons qui seraient venues témoigner de l'excellence de cette méthode, et je n'aurais eu que l'embaras du choix parmi les 177 cas guéris. Il y aurait certainement eu intérêt à montrer la rapidité avec laquelle les malades se rétablissent, n'éprouvant aucune douleur, ne présentant presque jamais d'élévations de température, les courbes de température restant d'une régularité parfaite. J'aurais pu aussi donner des résultats éloignés qui tous sont excellents.

J'ai préféré ne publier que les résumés de ces observations de guérisons, insistant sur chaque cas de mort, afin de bien montrer la gravité exceptionnelle de l'immense majorité d'entre eux, cas devant lesquels certains chirurgiens auraient peut-être refusé d'intervenir, mais que des guérisons survenues dans des cas analogues encouragent à opérer.

Depuis l'année 1899, M. Routier a opéré dans son service à l'hôpital Necker, 197 annexites suppurées par hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. Il a eu 177 guérisons et 20 morts, qui se répartissent de la façon suivante :

ANNÉES.	<i>Interventions.</i>	<i>Guérisons.</i>	<i>Morts.</i>
—	—	—	—
1899. . . .	9	8	1
1900. . . .	22	18	4

1901.	32	30	2
1902.	23	21	2
1903.	16	14	2
1904.	27	24	3
1905.	25	23	2
1906.	20	19	1
1907.	23	20	3

Soit : 197 interventions avec 177 guérisons et 20
morts.

OBSERVATIONS.

Obs. I (ROUTIER). — *Pyosàlpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Marie P..., 30 ans, entre le 22 juillet 1899, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Opérée par M. Routier le 27 juillet : ouverture du cul-de-sac postérieur du vagin pour un abcès avec liquide citrin et purulent.

5 août. — Les douleurs ont persisté, et les deux annexes sont grosses et très douloureuses. Température 40°.

OPÉRATION . le même jour. — Laparotomie. Abcès entre le fond de l'utérus et la paroi abdominale antérieure ; gros pyosalpinx de chaque côté.

Hystérectomie abdominale totale. Hémostase au catgut. Deux drains vaginaux et trois mèches vaginales.

L'abcès antérieur avait crevé et fusé vers les anses.

La malade meurt dans la soirée.

Obs. II (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Appendicite. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.*

Marie C..., 32 ans, entre le 24 décembre 1900, à l'hôpital Necker, salle Foucher, n° 7.

Réglée à 13 ans. Pas de grossesse.

En juillet 1900. — Après ses règles, douleurs violentes sur-tout au niveau de la fosse iliaque droite. Quinze jours de repos au lit.

4 décembre 1900. — Avant ses règles, crise semblable ; le repos fait disparaître les douleurs. Règles normales, abondantes.

A l'examen on trouve un utérus immobile, comme doublé par un fibrome en arrière; le petit bassin est plein.

OPÉRATION : le 29 décembre. — Laparotomie. Le petit bassin est rempli par deux volumineux pyosalpinx qui ont des adhérences dures et épaisses avec l'intestin.

Grosses difficultés pour décortiquer les annexes, on est obligé d'enlever d'abord le corps utérin, puis secondairement le col utérin.

Ablation de l'appendice qui est plein de fèces, et présente deux ecchymoses sur sa muqueuse.

Sur l'intestin dur et épaissi, on remarque comme un vieil ulcère de 14 centimètres de long sur 6 centimètres de large.

Drainage vaginal : deux drains, trois mèches.

2 janvier 1901. — Purgation.

4. — Gonflement douloureux de la parotide gauche. T. 37°8. Selles infectes et fréquentes.

6. — La parotide est redevenue normale ; les selles sont moins fréquentes et moins infectes.

8. — Ablation des fils. Dans la nuit évacuation involontaire de selles diarrhéiques.

10. — On constate au fond du vagin un petit orifice par où sortent des matières fécales.

13. — Eschare sacrée énorme.

23. — La malade rend des gaz par le rectum.

28. — L'eschare sacrée s'étend considérablement. Les matières passent par le rectum, la malade a de la température.

6 février. — Mort.

Obs. III (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Gabrielle C..., 26 ans, entre le 23 janvier 1900, à l'hôpital Necker, salle Fouché.

Réglée à 12 ans, pas de grossesse.

Mariée depuis deux ans ; depuis cette époque, douleurs au moment des menstrues qui sont régulières.

19 décembre 1899. — Les règles avancent de cinq jours, elles s'accompagnent de douleurs abdominales vives et de vomissements. Depuis cette époque pertes de sang en abondance.

A l'examen on trouve : utérus en rétroversion, fixe ; grosse masse annexielle à gauche ; masse moins volumineuse à droite. T. vespérale 38°.

OPÉRATION : le 1^{er} février 1900. — Laparotomie : grosse masse annexielle à gauche, qui remplit le Douglas, très difficile à décortiquer ; à droite annexes aussi volumineuses, pus dans la trompe. Hystérectomie totale.

Drainage vaginal : deux drains, trois mèches.

L'utérus globuleux, présente une cavité énorme remplie de petits polypes.

3, 4, 5 février. — Pouls oscille entre 140 et 150. T. 39°2. Pas de hoquets, pas de vomissements. Ventre souple. Injection de 1.000 grammes de sérum artificiel.

6. — Mieux sensible. Gaz. T. : 37°, P. : 100.

Parrical

7. — La malade étouffe. P. : 150. T. : 38°8. Parotidite. A reudu des gaz et des matières, urine bien, ventre souple. Ablation des drains et des mèches qui sentent très mauvais.

9. — Mort.

Obs. IV (ROUTIER). — *Pyosalpinx ouvert dans la vessie et le rectum.* — *Hystérectomie abdominale totale.*

Françoise L..., 22 ans, entre le 24 février 1900, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 16 ans. Pas de grossesse. Règles douloureuses depuis dix-huit mois.

En août 1899. — A la suite d'une longue course pendant ses règles, très violente douleur abdominale. Péritonite. Après quinze jours de repos au lit, la malade reprend son travail.

Reprise des mêmes douleurs en décembre 1899. Repos au lit. Grandes oscillations fébriles tous les jours. Le 24 février elle entre à Necker.

A l'examen on constate que tout le petit bassin est plein ; l'utérus est en avant, très peu mobile. La malade rend du pus par la vessie et par le rectum.

OPÉRATION : le 27 février 1900. — Ouverture d'un abcès infect par le cul-de-sac vaginal postérieur et lavage.

Laparotomie. Tout le petit bassin est plein, l'S iliaque adhère aux annexes ; en le détachant il se déchire, écoulement de pus. Les deux annexes forment des paquets adhérents et informes plein de pus.

Décortication des plus pénibles. Hystérectomie totale. Drainage vaginal : deux drains, trois mèches.

Mort à 2 deux heures du soir.

Obs. V (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Marie P..., 39 ans, entre le 19 novembre 1900, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Ouverture le 22 novembre d'une collection purulente rétro-utérine paraissant se prolonger à gauche et qui pousse l'utérus à droite, où l'on sent une petite tumeur dure.

OPÉRATION : le 22 décembre. — Laparotomie : gros pyosalpinx gauche ; petit pyosalpinx droit ; fibrome pédiculé gros comme une noix. Adhérence de l'intestin à la vessie.

Hystérectomie totale. Drainage vaginal : deux drains, trois mèches.

La chloroformisation a été très pénible : trois ou quatre menaces d'asphyxie.

28. — T.: 38°. Sutures abdominales sont en bon état. Purgation.

29. — Après la purgation, la malade est prise tout à coup d'un état syncopal. Pouls incomptable.

31. — Mort.

Obs. VI. (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Aline M..., 22 ans, entre le 2 mars 1901, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 17 ans. Pas de grossesse.

Depuis quelque temps : pertes blanches et douleur à la miction.

27 février 1901. — Violente douleur dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen on trouve un utérus immobile, une double salpingite, avec masses fluctuantes.

OPÉRATION.—Laparotomie:adhérences de l'intestin avec l'utérus; annexes malades des deux côtés fluctuantes. Aspiration du liquide, qui est d'abord liquide, purulent à la fin.

Décortication des deux masses annexielles. Ligatures au catgut. Hystérectomie abdominale totale. — Drainage vaginal : deux drains, trois mèches.

22. — L'opérée était en parfait état, T. : 37°, P. : 80, elle avait rendu des gaz depuis le matin.

A deux heures du matin, elle étouffe, tombe dans le coma, avec respiration stertoreuse. Le matin, coma, même respiration T. : 40°. P. : 90. Ventre souple ; pas de vomissement.

24. — Morte après avoir fait la veille une hémiplegie complète alterne.

Obs. VII (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Céline T..., 26 ans, entre le 20 octobre 1901 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

5 novembre. — Ouverture dans le vagin d'une grosse collection ovaro-salpingienne fort difficile à atteindre.

13 novembre. — Élévation de température, ouverture sus-pubienne d'un gros abcès, qui semble venir de la fosse iliaque droite.

2 décembre. — Nouvelle élévation de température. Drainage par le vagin et par la plaie sus-pubienne. Grands lavages.

31 décembre.— Depuis quelques jours la température se maintient à 40°.

OPÉRATION. — Par la plaie sus-pubienne on va chercher l'utérus et l'on fait l'hystérectomie totale de gauche à droite. A gauche gros hydro-salpinx. A droite énorme poche qui remonte

au-dessus du détroit supérieur ; en la décortiquant on déchire l'uretère dont on résèque 15 centimètres.

Drainage vaginal ; deux drains, trois mèches. Gros tamponnement sortant par la plaie sus-pubienne. En fait on a vu de l'intestin que ce qui faisait déjà paroi.

Les masses annexielles enlevées sont plus volumineuses que les deux poings et sont suppurées.

1^{er} janvier 1902. — État parfait. T.: 35°8.

2. — Urines rares : 58 grammes environ. Ventre un peu douloureux, pouls normal. T.: 36°4.

3. — Urine bien, selles normales, T.: 38°. On enlève une des compresses abdominales.

6. — N'a plus de fièvre ; douleurs vives. Ablation des dernières mèches et des drains.

10. — Délire violent.

11. — Mort.

Obs. VIII (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Louise L..., 44 ans, entre le 26 juin 1902, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 15 ans, une fausse couche de deux mois, cinq grossesses normales.

1891. — Est opérée à l'hôpital Saint-Joseph pour une hématocele ; elle y séjourne du 25 février au 10 mai.

10 juin 1902. — Violentes douleurs à gauche qui l'obligent à s'aliter. A son entrée à Necker, le ventre est dur et douloureux ; le cul-de-sac postérieur est plein, de chaque côté de l'utérus on sent les annexes volumineuses.

1^{er} juillet. — L'empâtement du cul-de-sac postérieur a en partie disparu.

OPÉRATION : le 3 juillet 1902. — Laparotomie. L'épiploon adhérent partout est réséqué. Gros abcès rétro utérin; à gauche, grosse masse salpingo-ovarique purulente. Lésions moindres à droite. Hystérectomie totale très difficile car le vagin ne se prête pas. Drainage vaginal : deux drains, trois mèches. Suture de la paroi au fil de bronze.

9 juillet. — Se plaint de violentes coliques, a eu des gaz et des selles.

10. — Lavage d'estomac. T. : 38°5 : urines peu abondantes et albumineuses.

13. — Les drains et les mèches sont tombés pendant une garde-robe ; légère hémorragie.

15. — État très satisfaisant.

18. — Langue sèche, urines rares. Constipation. Ventre ballonné.

AUTOPSIE. — Une bride épiploïque étrangle à moitié le côlon, elle s'insère sur l'S iliaque ; au-dessus de la bride l'intestin est démesurément distendu.

Pas de traces de péritonite. On trouve un abcès autour de l'appendice qui n'est pas perforé, mais ecchymotique.

Obs. IX (ROUTIER). — *Kyste de l'ovaire gauche. Appendicite. Pyosalpinx bilatéral. Hystérectomie abdominale totale.*

Hélène B., 52 ans, entre le 2 décembre 1902 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 14 ans, quatre accouchements normaux.

En octobre 1902. — Crises diarrhéiques. Depuis un mois douleurs abdominales qui l'obligent à garder le lit.

Entre à l'hôpital, avec le diagnostic de cystosarcome de l'ovaire. Douleurs abdominales généralisées. T. : 39°.

4 décembre. — A l'examen : grosse masse fluctuante à gauche, kyste de l'ovaire ; masse dure à droite ; petit bassin plein et dur. La malade a des pertes de sang fétides ; elle est très amaigrée.

OPÉRATION : le 5 décembre. — Laparotomie : adhérences intestino-épiploïques à droite de la ligne médiane avec l'utérus et les annexes ; gros abcès fétide. Kyste à gauche ; la trompe qui a au moins 20 centimètres est pleine de pus. Le kyste adhérent partout est décortiqué, il renferme six litres d'un liquide clair.

A droite, masse purulente qui va de la paroi abdominale au fond du Douglas, avec un abcès qui se prolonge dans la fosse iliaque et sous les gros vaisseaux. En décortiquant cette masse, on enlève l'appendice qui est fusionné avec elle. On déchire le rectum.

Hystérectomie totale. Suture du rectum. Drainage vaginal avec deux drains et trois mèches. Drainage abdominal avec trois mèches, l'une allant dans la cavité contiguë au vagin, une autre vers le cæcum, la troisième sur le rectum. Suture de la paroi au fil de bronze.

Morte à 2 heures de l'après-midi.

Obs. X (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Appendicite. Tuberculose. Hystérectomie abdominale totale.*

Hélène R..., 23 ans, entre le 15 avril 1903 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 13 ans. Mariée à 21 ans. Suspension des règles pendant six mois.

2 mars 1903 : Violentes douleurs dans la fosse iliaque droite,

avec maximum au point de Mac Burney, avec vomissements fréquents pendant trois jours.

15 avril : A son entrée à l'hôpital, elle urine du pus en assez forte quantité. Douleurs généralisées à tout l'abdomen. Utérus fixé. Tout le petit bassin est plein. Température oscille entre 37° et 38°8.

27 avril : Pas d'amélioration, la fièvre persiste.

OPÉRATION : le 28 avril. — Laparotomie, l'épiploon cache tout. Granulations tuberculeuses sur le péritoine. A grand'peine on enlève un énorme pyosalpinx droit, puis ouverture spontanée d'un abcès infect rétro-utérin; ablation pénible des annexes gauches. Déchirure du rectum suturé par trois fils. Ablation de l'appendice qui descendait dans le petit bassin. Hystérectomie totale. Drainage vaginal avec deux drains et trois mèches. Drainage abdominal avec deux mèches. Suture de la paroi aux fils de bronze.

Mort le 30 avril.

Obs. XI (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Fibrome. Hystérectomie abdominale totale.*

Marie W..., 49 ans, entre le 14 novembre 1903 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 12 ans. Deux accouchements normaux à 22 ans et à 25 ans. Fausse couche de 6 mois à 27 ans.

1901. — Fièvre typhoïde.

1902. — Avril : Métrorrhagie : curettage. — Novembre : Métrorrhagie : curettage.

1903. — Janvier : Métrorrhagie. Curettage en mai. Elle entre à Necker, se plaignant de métrorrhagies. Femme obèse, on sent une tumeur dure, ronde, peu mobile remontant à l'ombilic. Col très haut.

OPÉRATION : le 17 novembre 1903. — Laparotomie : le fibrome ne vient pas, le petit bassin est plein et les intestins tellement fusionnés que l'on ne peut trouver un plan de clivage. Ablation première de l'utérus de droite à gauche, une partie du col qui reste adhérent au vagin est enlevée secondairement. Ablation de deux gros pyosalpinx, le droit est du volume des deux poings, contenant du pus verdâtre infect.

Mort le 19 novembre.

A l'autopsie, on trouve une perforation de l'intestin grêle, autour de laquelle est une zone de tissu malade qui avait été séparée d'un salpinx et qui avait passé inaperçue.

Obs. XII (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Péritonite tuberculeuse. Hystérectomie abdominale totale.*

Pauline L..., 26 ans, entre le 26 octobre 1904, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Mère et sœur mortes de cancer du sein. Plusieurs membres de la famille sont tuberculeux. La malade avait toujours été bien portante. Grossesse normale, il y a cinq ans.

En juin 1904 : Fausse couche, entre le 12 juillet à Necker pour métrorrhagie, allant mieux, elle quitte le service refusant de se laisser curetter.

21 octobre 1904. — Elle est prise subitement pendant la nuit de douleurs violentes dans l'abdomen. Elle entre à l'hôpital avec une température de 39°. Le ventre est dur. Au toucher on sent une tumeur à gauche et en arrière. A l'auscultation : ramollissement du sommet droit.

1^{er} novembre. — Oscillations quotidiennes entre 37° et 39° 8. La tumeur du cul-de-sac postérieur est fluctuante.

OPÉRATION : le 3 novembre 1904. — Laparotomie : Péritonite

tuberculeuse généralisée. Adhérences épiploïques liées et réséquées. A gauche, grosse masse annexielle qui plonge dans le Douglas. A droite, masse annexielle moins grosse, mais couverte de granulations. Ablation des deux pyosalpinx. Hystérectomie totale. Drainage Vaginal : deux drains et trois mèches. Suture de la paroi aux fils de bronze.

7 novembre. — Granulie aiguë. Ablation des mèches.

9 novembre. — Pertes de matières fécales par le vagin.

14 novembre. — Délire violent.

Meurt le 24 novembre.

Autopsie : rien au cerveau. Anses intestinales fusionnées recouvertes de granulations.

Obs. XIII. (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Julie B..., 35 ans, entre à Necker le 2 septembre 1904, salle Foucher.

Règles normales.

Janvier 1902. — Fausse couche de sept semaines; souffre depuis du côté gauche. En septembre : Vives douleurs abdominales ; vomissements.

En Octobre 1904. — On constate une tumeur volumineuse dans le bas-ventre; l'utérus est en antéversion; on sent une tumeur dure dans chaque cul-de sac latéral, plus volumineuse à gauche qu'à droite; le tout est immobile. La température oscille autour de 39°.

OPÉRATION: le 13 octobre. — Laparotomie. Adhérences de l'intestin et de l'épiploon avec les annexes. En décollant on ouvre un gros abcès situé en avant de l'utérus. Aspirations du pyosalpinx gauche. Décollement pénible. Déchirure du rectum et de l'anse sigmoïde. Hystérectomie totale. Drainage vaginal : deux

drains, trois mèches. Suture de la paroi aux fils de bronze.

14 octobre. — Pouls imperceptible. La malade se trouve très bien. Elle meurt dans la soirée.

Obs. XIV (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Mathilde D..., 26 ans, entre le 10 décembre 1904 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 11 ans. Deux accouchements normaux et deux fausses couches. A la suite de la dernière fausse couche qui date du 14 octobre 1904, pertes abondantes de sang, accompagnées de frissons et de fièvre.

A son entrée à l'hôpital, la température est de 40°, le ventre est ballonné, empâté de tout le petit bassin. Repos au lit; glace sur le ventre.

14 décembre. — La fièvre disparaît.

OPÉRATION: le 22 décembre. — Laparotomie. En faisant l'ablation des deux pyosalpinx qui sont très volumineux, ils crèvent; l'utérus est gros et très mou. Hystérectomie totale. Hémostase difficile. Drainage vaginal : deux drains, quatre mèches. Suture de la paroi au fil de bronze.

23 décembre. — Température : 39°. Pouls très rapide. L'état général n'a pas l'air trop mauvais.

Mort le 14 décembre de septicémie.

Obs. XV (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Louise G..., 38 ans, entre le 12 juillet 1905, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 14 ans. Accouchement normal il y a vingt ans.

Depuis février 1905, pertes de sang abondantes tous les vingt

jours, durant de cinq à dix jours. En mai, douleurs plus vives qui forcent la malade à garder le lit un mois, elle a eu à ce moment-là de forts accès de fièvre.

A son entrée à l'hôpital on trouve un col dur et gros, un utérus peu mobile, dans le cul-de-sac gauche une masse volumineuse. L'examen est difficile car la femme est obèse.

OPÉRATION : le 20 juillet. — Laparotomie. Adhérences épiploïques et intestinales qui masquent tout. Double pyosalpinx très adhérent tombé dans le Douglas particulièrement profond, ce qui rend les ligatures très pénibles. Hystérectomie totale Drainage vaginal: deux drains, trois mèches. Suture de la paroi au fil de bronze.

21 juillet. — Température 38° 6. Pouls rapide. État général satisfaisant.

25 juillet. — Il passe des matières fécales par le vagin. La suture abdominale est parfaite. Température 38° 9.

28 juillet. — La température monte toujours. Le pouls est petit. La malade prend du lait.

31 juillet. — Phlegmon de la paroi qui s'ouvre spontanément. Mort le 8 août.

Obs. XVI (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Appendicite. Hystérectomie abdominale totale.*

Gabrielle E..., 28 ans, entre le 13 mars 1905, à l'hôpital Neker, salle Foucher.

A son entrée, on constate une rétroversion utérine, avec une grosse salpingo-ovarite gauche. La malade a de la fièvre, qui persiste malgré le repos au lit et les applications de glace sur le ventre. Le cul-de-sac droit se prend.

OPÉRATION : le 11 avril. — Laparotomie. Adhérences épiploï-

ques liées et réséquées. Du côté droit, adhérences de l'intestin grêle et à gauche adhérences du gros intestin, très difficiles à détacher des masses annexielles. Ablation des annexes : grosse ovarite purulente à gauche ; salpingite purulente à droite. Hystérectomie totale. Drainage vaginal : deux drains, trois mèches.

12 avril. — Pouls petit et rapide. Facies terreux.

12 avril. — Mort.

Obs. XVII (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Appendicite. Hystérectomie abdominale totale.*

N., 26 ans, entre le 24 octobre 1906 à l'hôpital Necker.

16 septembre. — Premier accouchement. Souffre depuis du ventre, surtout à droite.

A son entrée : masse volumineuse mobile et fluctuante que l'on prend pour un kyste de l'ovaire.

27 octobre. — Elle fait une poussée à 39°. Souffre partout. On fait alors le diagnostic de pyosalpinx.

OPÉRATION : 8 novembre. — Laparotomie. Grande difficulté à ouvrir le péritoine, masse collée à la paroi antérieure à droite sang et pus, énormes fausses membranes, magma formé par les annexes droites et de l'intestin. Grosse difficulté pour l'extirpation. Hystérectomie totale de propreté. Les annexes gauches n'avaient rien. Plusieurs points d'intestin grêle sont malades. On ne peut enfour ces parties sans rétrécir l'intestin. Le foyer se poursuit à droite. On enlève plusieurs morceaux d'épiploon sans pouvoir trouver l'appendice. Drainage vaginal : deux drains, quatre mèches, suture de la paroi abdominale au fil de bronze.

Morte le soir à 4 heures.

Obs. XVIII (ROUTIER). *Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.*

Isabelle Q..., 30 ans, entre le 11 janvier 1907 à l'hôpital Necker

Réglée à 13 ans 1/2. A 16 ans : premier accouchement. A 17 ans : deuxième accouchement. A 19 ans : fausse couche de 7 mois suivie de phlébite. Depuis toujours bien portante.

En décembre 1906 : Pertes de sang à trois reprises différentes.

En janvier 1907 : Métrorrhagies.

18 janvier. — Règles normales.

Dès son entrée on fait le diagnostic de salpingite gauche mais comme la malade a de la fièvre on attend.

25 janvier. — Après les règles : nouvel examen : la tumeur grossit.

31 janvier. — Nouvel examen : la tumeur grossit toujours, on se demande si ce n'est pas une grossesse ectopique.

OPÉRATION le 2 février. — Laparotomie. L'épiploon fixé en bas recouvre tout : il est lié et réséqué. L'S iliaque est fusionné avec le fond de l'utérus ; en le séparant, on ouvre un abcès à gauche. Décortication des annexes droites. Hystérectomie totale de droite à gauche. Hémostase difficile. Il y a au niveau de l'utéro-ovarienne gauche une sorte de diverticule le long des vaisseaux : on met une mèche.

Drainage vaginal : deux drains, quatre mèches. Suture de la paroi abdominale aux fils de bronze.

4 février. — Température 38°6. Pouls filiforme, cependant ventre souple et plat, langue bonne. Meurt dans l'après midi.

Obs. XIX (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Appendicite. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.*

Françoise C..., 16 ans. Réglée à 12 ans. Durée des règles : huit, dix jours. Pertes blanches abondantes.

17 juin. — A la fin de ses règles douleurs violentes. Diarrhée et vomissements.

Entre le 21 juin 1907 à l'hôpital Necker.

22 juin. — Tout le bas-ventre est douloureux ; utérus mobile. Grosse masse à gauche.

26 juin. — La fièvre a cessé.

29 juin. — Nouvel examen : Grosse masse à droite et on dirait que l'utérus est rejeté à gauche. Température 38° pendant trois jours.

OPÉRATION: le 2 juillet. — Laparotomie. Ablation de l'appendice lié au catgut et enfoui. Deux énormes pyosalpinx plus gros que le poing ; ponctions de 300 grammes de pus et en décortiquant il vient encore du pus tant à droite qu'à gauche.

Hystérectomie totale. Drainage vaginal : deux drains, trois mèches. Suture de la paroi abdominale au bronze.

Le soir : état général bon. Température 37°. Pouls 68.

Le lendemain matin, à 3 heures, pousse des cris. Délire. Coma. Température 38°,4. Pouls irrégulier. Pas de vomissements. Ventre souple.

Mort à 3 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — Pas de péritonite. Rien dans le petit bassin. Vers l'appendice l'enfouissement a mal tenu. Liquide roux dans la fosse iliaque droite. Perforation de l'estomac vers la grande courbure. Sur le cerveau des deux côtés du sinus longitudinal supérieur quatre points où il y a du pus.

Obs. XX (ROUTIER). — *Pyosalpinx. Appendicite. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.*

Blanche B..., 28 ans, entre le 8 juillet 1907, à l'hôpital Necker, salle Foucher.

Réglée à 10 ans. Mariée à 25 ans. Fait quatre mois après une ausse couche ; métrorrhagie ; garde le lit quinze jours.

9 août 1905. — Accouchement d'un enfant vivant de 7 mois 1/2.

2 juin 1907. — Accouchement d'un enfant de 7 mois. Enfant mort.

Pendant ses grossesses elle a eu des métrorrhagies. Depuis son mariage elle a des pertes blanches très fortes. Elle garde le lit depuis son dernier accouchement.

A son entrée à l'hôpital, elle présente de la pelvi-péritonite. Le point de Mac-Burney est très sensible.

OPÉRATION : le 1^{er} août 1907. — Laparotomie : adhérences épiploïques, liées, réséquées. Appendice lié, enlevé. Deux gros pyosalpinx, dont le droit est adhérent au rectum. En le décorquant on déchire le rectum, sur lequel les sutures ne tiennent pas ; les tissus coupent comme du fromage.

Les trompes présentent des nodosités purulentes. On trouve dans l'appendice des fèces et cinq pépins de raisins.

Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal : deux drains, trois mèches. Suture de la paroi abdominale au fil de bronze.

L'opérée meurt le 4 août 1907.

Obs. I (ROUTIER). — *Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale.*

Marie M..., 35 ans. Entre le 15 décembre 1898 à l'hôpital Necker, salle Foucher.

OPÉRATION : le 5 janvier. — Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 1^{er} février, 1899.

Obs. II (ROUTIER). — Joséphine S..., 26 ans, entrée le 11 mai 1899.

OPÉRATION : *le 12 mai.* — Incision du cul-de-sac postérieur.
8 *juin.* — Hystérectomie abdominale totale. Pyosalpinx. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 2 juillet 1899.

Obs. III (ROUTIER). — Victorine R..., 47 ans, entre le 1^{er} juillet 1899.

OPÉRATION : *le 4 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour petit fibrome et salpingite gauche purulente. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 25 juillet 1899.

Obs. IV (ROUTIER). — Joséphine M..., 24 ans, entrée le 8 juillet 1899.

OPÉRATION : *le 11 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx bilatéral. Drainage vaginal, petit drain abdominal.

Sortie guérie le 22 août 1899.

Obs. V (ROUTIER). — Anna P..., 23 ans, entrée le 22 juillet 1899.

OPÉRATION : *le 5 août.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx bilatéral. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 29 août 1899.

Obs. VI — (ROUTIER). — Marie B..., 27 ans, entrée le 4 octobre 1899.

OPÉRATION : *le 10 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale;

pyosalpinx et suppuration pelvienne diffuse. Drainage vaginal et drainage abdominal.

Sortie guérie le 4 novembre 1899.

Obs. VII (ROUTIER). — Eugénie H..., 27 ans, entrée le 19 novembre 1899.

OPÉRATIONS : août 1899. — Colpotomie postérieure.

30 novembre 1899. — Volumineux pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 28 décembre 1899.

Obs. VIII (ROUTIER). — Marie M..., 47 ans, entrée le 19 octobre 1899.

OPÉRATION : le 24 octobre 1899. — Hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins multiples et salpingo-ovarite suppurée du côté gauche.

Sortie guérie le 19 novembre 1899.

* *

Obs. I (ROUTIER). — Céline G..., 20 ans, entrée le 23 février 1900.

OPÉRATION : le 24 février 1900. — Pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 21 mars 1900.

Obs. II (ROUTIER). — Maria B..., 28 ans, entrée le 28 février 1900.

OPÉRATION : le 10 mars. — Salpingite purulente double. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 4 avril 1900.

Obs. III (ROUTIER). — Madeleine O..., 32 ans, entrée le 24 mars 1900.

OPÉRATIONS : *le 3 avril.* — Colpotomie.

19 mai. — Hystérectomie abominale totale pour pyosalpinx.
Drainage vaginal.

Sortie guérie le 13 juin 1900.

Obs. IV (ROUTIER). — Zoé D..., 37 ans, entrée le 21 mars 1900.

OPÉRATION : *le 27 avril.* — Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 20 mai 1900.

Obs. V (ROUTIER). — Anne-Marie M..., 37 ans, entrée le 26 avril 1900.

OPÉRATION : *le 1^{er} mai.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx ; drainage vaginal.

Sortie guérie le 25 mai 1900.

Obs. VI (ROUTIER). — Thérèse J..., 27 ans, entrée le 3 mai 1900.

OPÉRATION : *le 15 mai.* — Pour pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal.

Sortie guérie le 9 juin 1900.

Obs. VII (ROUTIER). — Maria C..., 23 ans, entrée le 9 mai 1900.

OPÉRATION : *le 15 mai.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal.

Sortie guérie le 7 juin 1900.

Obs. VIII (ROUTIER). — Jeanne T..., 20 ans, entrée le 2 juin 1900.

OPÉRATION : *le 19 juin.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 13 juillet 1900.

Obs. IX (ROUTIER). — Anna V..., 19 ans, entrée le 8 juin 1900.

OPÉRATION : *le 12 juin.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double purulente. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 7 juillet 1900.

Obs. X (ROUTIER). — Eugénie B..., 20 ans, entrée le 19 juin 1900.

OPÉRATION : *le 3 juillet.* — Pyosalpinx droit volumineux. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 30 juillet 1900.

Obs. XI (ROUTIER). — Alexandrine L..., 45 ans, entrée le 19 juillet 1900.

OPÉRATION : *le 24 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale, pour salpingite suppurée. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 20 août 1900.

Obs. XII (ROUTIER). — Marie S..., 28 ans, entrée le 8 août 1900.

OPÉRATION : *le 9 août.* — Énorme pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 28 août 1900.

Obs. XIII (ROUTIER). — Léontine D..., 35 ans, entrée le 24 septembre 1900,

OPÉRATION : *le 9 octobre*. — Salpingite purulente double, hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 30 octobre 1900.

Obs. XIV (ROUTIER). — Élise C... 26 ans, entrée le 14 octobre 1900.

OPÉRATION : *le 13 novembre*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 6 décembre 1900.

Obs. XV (ROUTIER). — Amélie P... 45 ans, entrée le 3 décembre 1900.

OPÉRATION : *le 6 décembre*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx. Drainage vaginal.

Sortie guérie le 30 décembre 1900.

Obs. XVI (ROUTIER). — Léonie W..., 27 ans, entrée le 28 mai 1900.

OPÉRATION : *le 2 juin*. — Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 29 juin 1900.

Obs. XVII (ROUTIER). — Jeanne M..., 24 ans, entrée le 23 mai 1900.

OPÉRATION : *le 5 juin*. — Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 30 juin 1900.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Marie P..., 32 ans, entrée le 24 décembre 1900.

OPÉRATION : *le 29 décembre 1900.* — Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 22 janvier 1901.

..

Obs I (ROUTIER). — Marguerite B..., 23 ans, entrée le 26 décembre 1900.

OPÉRATION : *10 janvier 1901.* — Hystérectomie addominale totale, drainage vaginal, pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 4 février 1901.

Obs. II (ROUTIER). — Julienne T..., 38 ans, entrée le 18 janvier 1901.

OPÉRATION : *19 janvier.* — Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 12 février 1901.

Obs. III (ROUTIER). — Blanche S..., 38 ans, entrée le 18 janvier 1901.

OPÉRATION : *le 19 janvier.* — Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 13 février 1901.

Obs. IV (ROUTIER). — Louise B..., 24 ans, entrée le 15 décembre 1900.

OPÉRATION : *le 24 janvier.* — Hystérectomie abdominale totale, pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 19 février 1901.

Obs. V (ROUTIER). — Augusta D..., 22 ans, entrée le 25 février 1901.

OPÉRATION : *le 2 mars.* — Appendicectomie. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 30 mars 1901.

Obs. VI (ROUTIER). — Marie L..., 22 ans, entrée le 28 février 1901.

OPÉRATION ; *le 8 mars.* — Pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal.

Sortie guérie le 3 avril 1901

Obs. VII (ROUTIER). — Marie L..., 27 ans, entrée le 13 mars 1901.

OPÉRATION : *le 16 mars.* — Pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal.

Sortie guérie le 11 avril 1901.

Obs. VIII (ROUTIER). — Victorine C..., 42 ans, entrée le 10 mars 1901.

OPÉRATION ; *le 21 mars.* — Pyosalpinx double, surtout volumineux à gauche. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal.

Sortie guérie le 15 avril 1901.

Obs. IX (ROUTIER). — Jeanne L..., 18 ans, entrée le 27 mars 1901.

OPÉRATION : *le 30 mars.* — Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 23 avril 1901.

Obs. X (ROUTIER). — Caroline B..., 43 ans, entrée le 17 mars 1901.

OPÉRATION ; *le 16 avril.* — Hystérectomie abdominale totale, avec drainage vaginal, pour utérus fibromateux et annexites suppurées.

Sortie guérie le 10 mai 1901.

Obs. XI (ROUTIER). — Madeleine B..., 41 ans, entrée le 22 avril 1901.

OPÉRATION : *le 30 avril.* — (Ancienne colpotomie). Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour fibrome et pyosalpinx.

Sortie guérie le 24 mai 1901.

Obs. XII (ROUTIER). — Marianne C..., 27 ans, entrée le 22 avril 1901.

OPÉRATION : *le 2 mai.* — Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 27 mai 1901.

Obs. XIII (ROUTIER). — Eugénie C..., 30 ans, entrée le 1^{er} mai 1901.

OPÉRATION : *le 11 mai.* — Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 4 juin 1901.

Obs. XIV (ROUTIER). — Jeanne P..., 26 ans, entrée le 12 mai 1901.

OPÉRATION : *le 28 mai.* — Hystérectomie abdominale totale, avec drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 22 juin 1901.

Obs. XV (ROUTIER). — Berthe B..., 39 ans, entrée le 29 mai 1901.

OPÉRATION : *le 6 juin.* — Hys. abd. t., drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 20 juillet 1901.

Obs. XVI (ROUTIER). — Eugénie B..., 29 ans, entrée le 1^{er} juin 1901.

OPÉRATION : *le 8 juin.* — Hys. abd. t., drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 1^{er} juillet 1901.

Obs. XVII (ROUTIER). — Madeleine d'A..., 27 ans, entrée le 4 juin 1901.

OPÉRATION : *le 13 juin.* — Hys. abd. t., drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 8 juillet 1901.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Maria R..., 45 ans, entrée le 13 juin 1901.

OPÉRATION : *le 14 juin.* — Hys. abd. t., drain. v. et ab. : péritonite généralisée, suppuration pelvienne, fibromes de l'utérus, pyosalpinx.

Sortie guérie le 11 juillet 1901.

Obs. XIX (ROUTIER). — Louise C..., 17 ans, entrée le 19 juin 1901.

OPÉRATION : *le 27 juin.* — Hys. abd. t., drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 26 juillet 1901.

Obs. XX (ROUTIER). — Denise C..., 22 ans, entrée le 22 juin 1901.

OPÉRATION : *le 4 juillet.* — Hys. abd. t., drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 26 juillet 1901.

Obs. XXI (ROUTIER). — Eugénie T..., 18 ans, entrée le 20 juin 1901.

OPÉRATION : *le 15 juillet.* — Hys. abd. t. avec drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 13 août 1901.

Obs. XXII (ROUTIER). — Jeanne K..., 25 ans, entrée le 19 septembre 1901.

OPÉRATION : *le 5 octobre.* — Hys. abd. t., drain. v. pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 22 octobre 1901.

Obs. XXIII (ROUTIER). — Alice L..., 23 ans, entrée le 24 octobre 1901.

OPÉRATION : *le 7 novembre.* — Salpingite purulente double. Hys. abd. t. avec drain. v.

Sortie guérie le 4 décembre 1901.

Obs. XXIV (ROUTIER). — Marie P..., 32 ans, entrée le 14 décembre 1901.

OPÉRATION : *le 19 décembre.* — Double pyosalpinx. Hys. abd. t. avec drain. v.

Sortie guérie le 10 janvier 1902.

Obs. XXV (ROUTIER). — Charlotte T..., 25 ans, entrée le 7 décembre 1901.

OPÉRATION : *le 19 décembre.* — Double pyosalpinx. Hys. abd. t. avec drain. v.

Sortie guérie le 10 janvier 1902.

Obs. XXVI (ROUTIER). — Juliette T..., 23 ans, entrée le 11 décembre 1901.

OPÉRATION : *le 19 décembre.* — Hys. abd. t. avec drain. v. pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 12 janvier 1902.

Obs. XXVII (ROUTIER). — Catherine B..., 29 ans, entrée le 12 décembre 1901.

OPÉRATION : *le 24 décembre.* — Appendicectomie et hys. abd. t. pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 14 janvier 1902.

Obs. XXVIII (ROUTIER). — Henriette S..., 19 ans, entrée le 23 octobre 1901.

OPÉRATION : *le 5 décembre.* — Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 29 décembre 1901.

Obs. XXIX (ROUTIER). — Marie H..., 43 ans, entrée le 26 novembre 1901.

OPÉRATION : *le 10 décembre.* — Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 3 janvier 1902.

Obs. XXX (ROUTIER). — Gabrielle L..., 28 ans, entrée le 7 décembre 1901.

OPÉRATION : *le 12 décembre.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 5 janvier 1902.

..

Obs. I (ROUTIER). — Élise L..., 27 ans, entrée le 16 janvier 1902.

OPÉRATION : *le 1^{er} février.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx gauche ; salpingite catarrhale droite.

Sortie guérie le 25 février 1902.

Obs. II (ROUTIER). — Elisabeth T..., 22 ans, entrée le 4 février 1902.

OPÉRATION : *le 14 mars.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 7 avril 1902.

Obs. III (ROUTIER). — Marie J..., 35 ans, entrée le 16 avril 1902.

OPÉRATION : *le 24 avril.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx. Appendicectomie.

Sortie guérie le 16 mai 1902.

Obs. IV (ROUTIER). — Fanny C..., 27 ans, entrée le 21 mai 1902.

OPÉRATION : *le 24 mai.* — Colpotomie pour hématocele rétro-utérine, puis hystérectomie abdominale totale pour annexite double suppurée.

Sortie guérie le 15 mai 1902.

Obs. V (ROUTIER).—Maria B..., 25 ans, entrée le 27 mars 1902.

OPÉRATION : *le 1^{er} juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 27 juillet 1902.

Obs. VI (ROUTIER). — Marguerite D..., 21 ans, entrée le 7 juillet 1902.

OPÉRATION : *le 10 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double.

Sortie guérie le 3 août 1902.

Obs. VII (ROUTIER). — Suzanne C..., 22 ans, entrée le 7 juillet 1902.

OPÉRATION : *le 10 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double.

Sortie guérie le 2 août 1902.

Obs. VIII (ROUTIER). — Louise M..., 27 ans, entrée le 30 juin 1902.

OPÉRATION : *le 22 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 17 août 1902.

Obs. IX (ROUTIER). — Émilie G..., 36 ans, entrée le 2 juillet 1902.

OPÉRATION : *le 26 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx bilatéral, le gauche ouvert dans la vessie.

Sortie guérie le 20 août 1902.

Obs. X (ROUTIER). — Euphémie L..., 44 ans, entrée le 19 juillet 1902.

OPÉRATION : *le 31 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 31 août 1902.

Obs. XI (ROUTIER). — Marie D..., 47 ans, entrée le 12 juillet 1902.

OPÉRATION : *le 31 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 23 août 1902.

Obs. XII (ROUTIER). — Zoé M..., 31 ans, entrée le 15 juillet 1902.

OPÉRATION : *le 8 août.* — Hystérectomie abdominale totale pour grossesse tulaire droite et pyosalpinx gauche.

Sortie guérie le 28 août 1902.

Obs. XIII (ROUTIER). — Gabrielle C..., 24 ans, entrée le 8 octobre 1902.

OPÉRATION : *le 9 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 1^{er} novembre 1902.

Obs. XIV (ROUTIER). — Marie M..., 39 ans, entrée le 18 octobre 1902.

OPÉRATION : *le 21 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 17 novembre 1902.

Obs. XV (ROUTIER). — Alphonsine C..., 30 ans, entrée le 7 octobre 1902.

OPÉRATION : le 28 octobre. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 21 novembre 1902.

Obs. XVII (ROUTIER). — Marie H..., 28 ans, entrée le 18 octobre 1902.

OPÉRATION : le 6 novembre. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double.

Sortie guérie le 30 novembre 1902.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Augustine P..., 33 ans, entrée le 21 novembre 1902.

OPÉRATION : le 25 novembre. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite suppurée.

Sortie guérie le 19 décembre 1902.

Obs. XIX (ROUTIER). — Francine P..., 28 ans, entrée le 19 novembre 1902.

OPÉRATION : le 2 décembre. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite bacillaire.

Sortie guérie le 25 décembre 1902.

Obs. XX (ROUTIER). — Berthe G..., 30 ans, entrée le 9 décembre 1902.

OPÉRATION : le 16 décembre. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 6 janvier 1903.

Obs. XXI (ROUTIER). — Blanche P..., 19 ans, entrée le 17 décembre 1902.

OPÉRATION : *le 27 décembre.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double.

Sortie guérie le 20 janvier 1903.

..

Obs. I (ROUTIER). — Marie L..., 22 ans, entrée le 27 décembre 1902.

OPÉRATION : *le 3 janvier.* — Pour salpingite purulente double. Hystérectomie abdominale totale. Déchirure de l'intestin très malade ; ablation d'un morceau d'intestin ; enterorrhaphie circulaire.

Passage à Foucher le 18 janvier 1903. Sortie guérie le 31 janvier.

Obs. II (ROUTIER). — D..., 50 ans, entrée le 7 janvier 1903.

OPÉRATION : *le 10 janvier.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx. Drainage.

Sortie guérie : 2 février 1903.

Obs. III (ROUTIER). — Blanche A..., 32 ans, entrée le 31 janvier 1903.

OPÉRATION : *le 3 février.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie : 28 février 1903.

Obs. IV (ROUTIER). — Céline L..., 26 ans, entrée le 10 janvier 1903.

OPÉRATION : *le 5 février.* — Hystérectomie abdominale totale. Pyosalpinx.

Sortie sur sa demande le 8 février 1903.

Obs. V (ROUTIER). — Zoé B..., 23 ans, entrée le 25 mars 1903.

OPÉRATION : *le 31 mars.* — Pour salpingite double suppurée :
Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 20 avril 1903.

Obs. VI (ROUTIER). — Marguerite C..., 30 ans, entrée le
28 mars 1903.

OPÉRATION : *le 24 avril.* — Hystérectomie abdominale totale.
Pyosalpinx.

Sortie guérie : 22 mai 1903.

Obs. VII (ROUTIER). — Élise T..., 34 ans, entrée le 12 mai
1903.

OPÉRATION : *le 16 mai.* — Pour pelvi-péritonite suppurée.
Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal et abdominal.

Sortie guérie le 16 juin 1903.

Obs. VIII (ROUTIER). — Marguerite P..., 24 ans, entrée le
20 mai 1903.

OPÉRATION : *le 28 mai.* — Pour salpingite bilatérale suppurée.
Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 20 juin 1903.

Obs. IX (ROUTIER). — Louise B..., 23 ans, entrée le 15 septembre 1903.

OPÉRATION : *le 3 octobre.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie
abdominale totale.

Sortie guérie le 24 octobre 1903.

Obs. XI (ROUTIER). — Léontine F..., 26 ans, entrée le 3 octobre 1903.

OPÉRATION : *le 8 octobre.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 29 octobre 1903.

Obs. XI (ROUTIER). — Emma B..., 33 ans, entrée le 22 septembre 1903.

OPÉRATION : *le 13 octobre.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 6 novembre 1903.

Obs. XII (ROUTIER). — Louise P..., 26 ans, entrée le 17 octobre 1903.

OPÉRATION : *le 20 octobre.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 10 novembre 1903.

Obs. XIII (ROUTIER). — Pauline L..., 20 ans, entrée le 24 octobre 1903.

OPÉRATION : *le 7 novembre 1903.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.

Sortie guérie le 7 décembre 1903.

Obs. XIV (ROUTIER). — Jeanne H..., 31 ans, entrée le 17 juin 1903.

OPÉRATION : *le 20 juin.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.

Sortie guérie le 15 juillet 1903.

Obs. I (ROUTIER). — Marthe Ch..., 27 ans, entrée le 9 janvier 1904.

OPÉRATION : *le 21 janvier.* — Pour salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.

Sortie guérie le 19 février 1904.

Obs. II (ROUTIER). — Ida C..., 28 ans, entrée le 18 février 1904.

OPÉRATION : *le 25 février.* — Pour salpingite suppurée bilatérale. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 30 mars 1904.

Obs. III (ROUTIER). — Georgette C..., 24 ans, entrée le 19 février 1904.

OPÉRATION : *le 27 février?* — Pour salpingite bilatérale. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 21 mars 1904.

Obs. IV (ROUTIER). — Barbe D..., 20 ans, entrée le 13 février 1904.

OPÉRATION : *le 8 mars.* — Pour salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 1^{er} avril 1904.

Obs. V (ROUTIER). — Marie A..., 23 ans, entrée le 9 mars 1904.

OPÉRATION : *le 17 mars.* — Pour salpingite. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 5 avril 1904.

Obs. VI (ROUTIER). — Palmyre C..., 26 ans, entrée le 2 mars 1904.

OPÉRATION : *le 22 mars.* — Pour salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 10 avril 1904.

Obs. VII (ROUTIER). — Alice B..., 18 ans, entrée le 16 mars 1904.

OPÉRATION : *le 26 mars.* — Pour salpingite. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 21 avril 1904.

Obs. VIII (ROUTIER). — Marie K..., 24 ans, entrée le 26 mars 1904.

OPÉRATION : *le 3 mai.* — Pour pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 24 mai 1904.

Obs. IX (ROUTIER). — Mélanie Au..., 43 ans, entrée le 30 avril 1904.

OPÉRATION : *le 3 mai.* — Pour salpingite double. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 30 mai 1904.

Obs. X (ROUTIER). — Marguerite A..., 33 ans, entrée le 12 mai 1904.

OPÉRATION : *le 24 mai.* — Pour salpingite double, suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 17 juin 1904.

Obs. XI (ROUTIER). — Francine P..., 17 ans, entrée le 8 juin 1904.

OPÉRATION : *le 7 juillet.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 28 juillet 1904.

Obs. XII (ROUTIER). — Victorine B..., 22 ans, entrée le 26 juin 1904.

OPÉRATION : *le 7 juillet.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 29 juillet 1904.

Obs. XIII (ROUTIER). — Marie B..., 31 ans, entrée le 7 septembre 1904.

OPÉRATION : *le 6 octobre.* — Pour annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 11 novembre.

Obs. XIV (ROUTIER). — Blanche Sch..., 35 ans, entrée le 20 octobre 1904.

OPÉRATION : *le 22 octobre.* — Pour salpingite, kyste de l'ovaire. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 13 novembre 1904.

Obs. XV (ROUTIER). — Hélène T..., 27 ans, entrée le 12 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 19 novembre.* — Pour annexite suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 10 décembre 1904.

Obs. XVI (ROUTIER). — Blanche P..., 30 ans, entrée le 9 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 24 novembre.* — Pour annexite suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 14 décembre 1904.

Obs. XVII (ROUTIER). — Renée B..., 23 ans, entrée le 23 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 26 novembre.* — Pour annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 17 décembre 1904.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Marie V..., 18 ans, entrée le 30 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 6 décembre.* — Pour annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 25 décembre 1904.

Obs. XIX (ROUTIER). — Eugénie J..., 18 ans, entrée le 16 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 10 décembre.* — Pour annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 30 décembre 1904.

Obs. XX (ROUTIER). — Marie E..., 44 ans, entrée le 7 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 10 décembre.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 31 décembre 1904.

Obs. XXI (ROUTIER). — Olympe G..., 18 ans, entrée le 29 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 13 décembre.* — Pour annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 31 décembre 1904.

Obs. XXII (ROUTIER). — Mélanie L..., 20 ans, entrée le 2 décembre 1904.

OPÉRATION : *le 24 décembre.* — Pour salpingite double et appendicite. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 18 janvier.

Obs. XXIII (ROUTIER). — Virginie B..., 40 ans, entrée le 9 novembre 1904.

OPÉRATION : *le 27 décembre.* — Pour salpingite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 21 janvier.

Obs. XXIV (ROUTIER). — Camille F..., 40 ans, entrée le 28 décembre 1904.

OPÉRATION : *le 31 décembre.* — Pour pyosalpinx. Hystérectomie abdominale totale

Sortie guérie le 25 janvier.

*
* *

Obs. I. (ROUTIER). — Régine W..., 32 ans, entrée le 8 décembre 1904.

OPÉRATION : *le 3 janvier 1905.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 24 janvier 1905.

Obs. II (ROUTIER). — Delphine A..., 46 ans, entrée le 5 janvier 1905.

OPÉRATION : *le 10 janvier.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 2 février 1905.

Obs. III (ROUTIER). — Catherine T..., 22 ans, entrée le 14 janvier 1905.

OPÉRATION : *le 26 janvier.* — Hystérectomie totale pour salpingite suppurée double.

Sortie guérie le 13 février 1905.

Obs. IV (ROUTIER). — Marie C..., 49 ans, entrée le 26 janvier 1905.

OPÉRATION : *le 2 février 1905.* — Hystérectomie totale pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 24 février 1905.

Obs. V. (ROUTIER). — Augustine A..., 43 ans, entrée le 18 janvier 1905.

OPÉRATION : *le 7 février.* — Hystérectomie totale pour énormes pyosalpinx bilatéraux.

Sortie guérie le 1^{er} mars 1905.

Obs. VI (ROUTIER). — Léonie M..., 35 ans, entrée le 22 février 1905.

OPÉRATION : *le 25 février.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite suppurée.

Sortie guérie le 20 mars 1905.

Obs. VII (ROUTIER). — Henriette T..., 32 ans, entrée le 3 février 1905.

OPÉRATION : *le 11 mars.* — Hystérectomie abdominale totale : pyosalpinx.

Sortie guérie le 1^{er} avril 1905.

Obs. VIII (ROUTIER). — Jenny G..., 36 ans, entrée le 19 mars 1905.

OPÉRATION *le 21 mars.* — Hystérectomie abdominale totale. Salpingite double suppurée.

Sortie guérie le 13 avril 1905.

Obs. IX (ROUTIER). — Marie B..., 39 ans, entrée le 16 mars 1905.

OPÉRATION : *le 25 mars.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie le 16 avril 1906.

Obs. X (ROUTIER). — Maria E..., 37 ans, entrée le 22 mars 1905.

OPÉRATION : *le 28 mars.* — Hystérectomie abdominale totale pour double salpingite suppurée.

Sortie guérie le 18 avril 1905.

Obs. XI (ROUTIER). — Marie W..., 35 ans, entrée le 10 avril 1905.

OPÉRATION : *le 6 mai.* — Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 27 mai 1905.

Obs. XII (ROUTIER). — Eliane M..., 20 ans, entrée le 23 juin 1905.

OPÉRATION : *le 29 juin.* — Pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 18 juillet 1905.

Obs. XIII (ROUTIER). — Louise B..., 42 ans, entrée le 8 juillet 1905

OPÉRATION : *le 8 juillet.* — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double. Appendicectomie.

Sortie guérie le 20 juillet 1905.

Obs. XIV (ROUTIER). — Marie T..., 23 ans, entrée le 16 septembre 1905.

OPÉRATION : *le 7 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale pour double salpingite suppurée.

Sortie guérie le 28 octobre 1905.

Obs. XV (ROUTIER). — Camille L..., 20 ans, entrée le 30 septembre 1905.

OPÉRATION : *le 12 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double.

Sortie guérie le 3 novembre 1905.

Obs. XVI (ROUTIER). — Philomène L..., 20 ans, entrée le 8 octobre 1905.

OPÉRATION : *le 17 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 6 novembre 1905.

Obs. XVII (ROUTIER). — Louise M..., 26 ans, entrée le 11 octobre 1905.

OPÉRATION : *le 21 octobre.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 7 novembre 1905.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Marcelle M..., 23 ans, entrée le 16 octobre 1905.

OPÉRATION : *le 21 novembre.* — Annexite double. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 12 décembre 1905.

Obs. XIX (ROUTIER). — Marie H..., 33 ans, entrée le 15 novembre 1905.

OPÉRATION : *le 25 novembre.* — Hystérectomie abdominale totale. Annexite double et rétroversion.

Sortie le 26 décembre 1905.

Obs. XX (ROUTIER). — L..., 29 ans, entrée le 25 novembre 1905.

OPÉRATION : *le 25 novembre.* — Hystérectomie abdominale totale. Annexite et rétroversion.

Sortie le 24 novembre 1905.

Obs. XXI (ROUTIER). — Marguerite V..., 35 ans, entrée le 29 octobre 1905.

OPÉRATION : *le 28 novembre.* — Hystérectomie abdominale totale ; hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie le 28 décembre 1905.

Obs. XXII (ROUTIER). — Louise D..., 40 ans, entrée le 17 novembre 1905.

OPÉRATION : *le 2 décembre.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double suppurée.

Sortie le 23 décembre 1905.

Obs. XXIII (ROUTIER). — Marie F..., 24 ans, entrée le 9 décembre 1905.

OPÉRATION : *le 12 décembre.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 3 janvier 1906.

*
* *

Obs. I (ROUTIER). — Mélina F..., 38 ans, entrée le 10 décembre 1905.

OPÉRATION : *le 18 janvier* 1906. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 7 février 1906.

Obs. II (ROUTIER). — Julia T..., 36 ans, entrée le 1^{er} février 1906.

OPÉRATION : *le 13 février.* — Hystérectomie abdominale totale pour annexite suppurée double.

Sortie guérie le 5 mars 1906.

Obs. III (ROUTIER). — Madeleine A..., 30 ans, entrée le 7 février 1906.

OPÉRATION : *le 22 février.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double.

Sortie guérie le 15 mars 1906.

Obs. IV (ROUTIER). — Élisabeth C..., 24 ans, entrée le 7 mars 1906.

OPÉRATION : *le 13 mars*. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double. Appendicectomie.

Sortie guérie le 2 avril 1906.

Obs. V (ROUTIER). — Marguerite B..., 30 ans, entrée le 24 mars 1906.

OPÉRATION : *le 29 mars 1906*. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double.

Sortie guérie le 20 avril 1906.

Obs. VI (ROUTIER). — Alexandrine J..., 32 ans, entrée le 27 mars 1906.

OPÉRATION : *le 10 avril*. — Annexite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 2 mai 1906.

Obs. VII (ROUTIER). — Marie M..., 32 ans, entrée le 5 mai 1906.

OPÉRATION : *le 17 mai 1906*. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double.

Sortie guérie le 8 juin 1906.

Obs. VIII (ROUTIER). — Georgette M..., 24 ans, entrée le 8 juin 1906.

OPÉRATION : *le 5 juillet 1906*. — Double salpingite. Hystérectomie abdominale totale.

Sortie guérie le 27 juillet 1906.

Obs. IX (ROUTIER). — Albertine A..., 36 ans, entrée le 16 juin 1906.

OPÉRATION : *le 5 juillet*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 26 juillet 1906.

Obs. X (ROUTIER). — Louise V..., 20 ans, entrée le 28 mai 1906.

OPÉRATION : *le 10 juillet* 1906. — Hystérectomie abdominale totale pour double salpingite.

Sortie guérie le 30 juillet 1906.

Obs. XI (ROUTIER). — Louise G., 21 ans, entrée le 4 juillet 1906.

OPÉRATION : *le 12 juillet* 1906. — Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 31 juillet 1906.

Obs. XII (ROUTIER). — Valery L..., 38 ans, entrée le 21 septembre 1906.

OPÉRATION : *le 6 octobre*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 26 octobre 1906.

Obs. XIII (ROUTIER). — Juliette L..., 28 ans, entrée le 22 septembre 1906.

OPÉRATION : *le 9 octobre*. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite suppurée.

Sortie guérie le 31 octobre 1906.

Obs. XIV (ROUTIER). — Catherine M..., 52 ans, entrée le 17 octobre 1906.

OPÉRATION : *le 10 novembre*. — Hystérectomie abdominale

totale pour pyométrite et pyosalpinx ; l'utérus formait une poche de pus.

Sortie guérie le 30 novembre 1906.

Obs. XV (ROUTIER). — Léonie L..., 27 ans, entrée le 12 novembre 1906.

OPÉRATION : le 13 novembre. — Hystérectomie abdominale totale, pour double salpingite purulente. Appendicectomie.

Sortie guérie le 15 décembre 1906.

Obs. XVI (ROUTIER). — Cécile D..., 19 ans, entrée le 20 octobre 1906.

OPÉRATION : le 17 novembre. — Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 11 décembre 1906.

Obs. XVII (ROUTIER). — Élise G..., 38 ans, entrée le 7 novembre 1906.

OPÉRATION : le 22 novembre. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite purulente double.

Sortie guérie le 14 décembre 1906.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Jeanne C..., 23 ans, entrée le 8 novembre 1906.

OPÉRATION : le 24 novembre. — Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 20 décembre 1906.

Obs. XIX (ROUTIER). — Hélène C..., 50 ans, entrée le 21 novembre 1906.

OPÉRATION : *le 1^{er} décembre.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite suppurée.

Sortie guérie le 24 décembre 1906.

★
* *

Obs. I (ROUTIER). — Rose P..., 38 ans, entrée le 17 décembre 1906.

OPÉRATION : *le 5 janvier 1907.* — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double suppurée.

Sortie guérie le 26 février 1907.

Obs. II (ROUTIER). — Joséphine L..., 46 ans, entrée le 21 janvier 1907.

OPÉRATION : *le 29 janvier 1907.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 17 février 1907.

Obs. III (ROUTIER). — Céline M..., 37 ans, entrée le 15 mars 1907.

OPÉRATION : *le 23 mars.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 13 avril 1907.

Obs. IV (ROUTIER). — Gabrielle A..., 37 ans, entrée le 15 avril 1907.

OPÉRATION : *le 18 avril.* — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 10 mai 1907.

Obs. V (ROUTIER). — Louise Y..., 25 ans, entrée le 26 avril 1907.

OPÉRATION : *le 18 mai*. — Hystérectomie abdominale totale : pyosalpinx droit ; à gauche hydrosalpinx. Appendicectomie.

Sortie guérie le 8 juin 1906.

Obs. VI (ROUTIER). — Félicité B..., 45 ans, entrée le 13 mai 1907.

OPÉRATION : *le 1^{er} juin*. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double.

Sortie guérie le 25 juin 1907.

Obs. VII (ROUTIER). — Henriette C..., 17 ans, entrée le 21 mai 1907.

OPÉRATION : *le 6 juin*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 28 juin 1907.

Obs. VIII (ROUTIER). — Marie T..., 25 ans, entrée le 25 mai 1907.

OPÉRATION : *le 6 juin*. — Hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées.

Sortie guérie le 27 juin 1907.

Obs. IX (ROUTIER). — Jeanne V..., 21 ans, entrée le 7 juin 1907.

OPÉRATION : *le 11 juin*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx unilatéral. Appendicectomie.

Sortie guérie le 4 juillet 1907.

Obs. X (ROUTIER). — Alice V..., 19 ans, entrée le 16 mai 1907.

OPÉRATION : *le 2 juillet*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx unilatéral. Appendicectomie.

Sortie guérie le 25 juillet 1907.

Obs. XI (ROUTIER). — Marie B..., 35 ans, entrée le 4 juillet 1907.

OPÉRATION : *le 18 juillet*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx.

Sortie guérie le 8 août 1907.

Obs. XII (ROUTIER). — Elisabeth H..., 34 ans, entrée le 17 juillet 1907.

OPÉRATION : *le 30 juillet*. — Hystérectomie abdominale totale pour rétroversion utérine et salpingite. Appendicectomie.

Sortie guérie le 22 août 1907.

Obs. XIII (ROUTIER). — Armandine G..., 34 ans, entrée le 14 juillet 1907.

OPÉRATION : *le 1^{er} août*. — Hystérectomie abdominale totale pour double pyosalpinx.

Sortie guérie le 22 août 1907.

Obs. XIV (ROUTIER). — Cécile L..., 46 ans, entrée le 28 septembre 1907.

OPÉRATION : *le 17 octobre*. — Traces d'ancienne pelvi-péritonite; hystérectomie abdominale totale, pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 11 novembre 1907.

Obs. XV (ROUTIER). — Jeanne C..., 31 ans, entrée le 8 octobre 1907.

OPÉRATION : *le 24 octobre*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 18 novembre 1907.

Obs. XVI (ROUTIER). — Joséphine C..., 32 ans, entrée le 8 octobre 1907.

OPÉRATION : *le 26 octobre*. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite double.

Sortie guérie le 19 novembre 1907.

Obs. XVII (ROUTIER). — Amélie B..., 40 ans, entrée le 20 novembre 1907.

OPÉRATION : *le 21 novembre 1907*. — Hystérectomie abdominale totale, pour pyosalpinx. Appendicectomie.

Sortie guérie le 8 décembre 1907.

Obs. XVIII (ROUTIER). — Antoinette G..., 42 ans, entrée le 14 novembre 1907.

OPÉRATION : *le 19 novembre*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx. Appendicectomie.

Sortie guérie le 12 décembre 1907.

Obs. XIX (ROUTIER). — Alexandrine A..., 26 ans, entrée le 12 novembre 1907.

OPÉRATION : *le 26 novembre*. — Hystérectomie abdominale totale pour salpingite purulente bilatérale.

Sortie guérie le 17 décembre 1907.

Obs. XX (ROUTIER). — Hélène R..., 22 ans, entrée le 22 novembre 1907.

OPÉRATION : *le 26 novembre*. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Sortie guérie le 18 décembre 1907.

TECHNIQUE DU DOCTEUR GOSSET

Mainte fois nous avons vu pratiquer l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées, par M. Gosset, à l'hôpital de la Pitié, dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Terrier et nous avons été frappé par la rapidité opératoire et par l'excellence des résultats obtenus par la technique de ce Maître.

M. Gosset voulut bien nous faire connaître son opinion sur la question qui nous intéressait, et nous ne saurions trop le remercier de la grande amabilité avec laquelle il nous reçut, mettant à notre disposition non seulement ses observations, mais encore ses planches et ses travaux personnels.

Pour les lésions suppurées des annexes, M. Gosset a toujours employé la voie abdominale, tantôt faisant des sus-vaginales, d'autres fois des hystérectomies totales.

Mais, nous dit-il « en même temps qu'augmentait notre expérience, nous avons évolué, et nous avons été, pour les cas graves, nécessitant le drainage, tout naturellement conduit à abandonner l'hystérectomie subto-

tale, pour lui substituer *la totale avec drainage vaginal*.

« L'hystérectomie subtotale est un peu plus simple, un peu plus facile à exécuter que la totale, aussi conseillons-nous de commencer par faire des subtotaux, et quand on aura acquis une certaine habitude de cette méthode, quand on l'aura bien en mains, alors on pourra passer à l'hystérectomie totale qui est la méthode de choix.

« Le col peut, en effet, rester un peu douloureux, et surtout il peut être la source d'écoulements parfois très abondants.

« Dans les cas simples, *ne nécessitant pas le drainage*, on peut être autorisé à faire des subtotaux, mais à la condition expresse de pouvoir supprimer toute surface cruentée, c'est-à-dire de pouvoir partout tapisser le petit bassin d'une lame péritonéale.

« Si le cas est difficile, s'il faut drainer, si la séreuse péritonéale est en partie détruite, alors nous donnons la préférence à la *totale, avec drainage vaginal* et fermeture du péritoine au-dessus du vagin, de manière à exclure le Douglas et intercepter toute communication entre le vagin et la grande cavité péritonéale. »

Telle est l'opinion de M. Gosset, nettement favorable à la *totale avec drainage vaginal*.

Avant de décrire sa technique, nous dirons un mot de l'instrumentation, des soins pré-opératoires.

INSTRUMENTATION. — Elle ne présente rien de bien spécial :

Quelques pinces à pression pour l'hémostase de la paroi ; six à huit pinces de Kocher pour l'hémostase

provisoire des pédicules vasculaires ; une forte pince à huit dents, dite « pince à râteau » de Péan pour saisir solidement le fond de l'utérus et l'attirer au dehors ; quelques pinces porte-laminaires fort commodes pour monter des compresses de gaze et nettoyer le Douglas ; une aiguille de Reverdin à pédale pour le surjet péritonéal du petit bassin.

Au contraire, le choix des écarteurs mérite une très grande attention, des écarteurs appropriés facilitant singulièrement l'opération.

Or, il faut bannir les écarteurs tenus à la main. Leur emploi nécessite un aide supplémentaire, cet aide tire trop ou pas assez, se fatigue, et surtout peut involontairement déplacer l'instrument. On ne doit employer que des écarteurs tenant automatiquement.

M. Gosset emploie toujours la valve sus-pubienne de Doyen avec appui fémoral, ajoutant son écarteur spécial lorsque la valve de Doyen n'écarte pas suffisamment dans le sens transversal et surtout pour mieux mettre en lumière la région des pédicules utéro-ovariens.

L'écarteur de M. Gosset se compose de deux crochets que portent des branches parallèles. L'une de ces branches est fixe, l'autre est à glissière et peut se déplacer e long d'un axe perpendiculaire. Il est facile de comprendre qu'une pression exercée le long de cet axe permet de rapprocher les deux branches parallèles, alors qu'aucun effort, si puissant soit-il, partout au niveau des crochets, ne sera capable d'en faire autant.

La position donnée à la malade a une importance capitale. Les avantages de la position déclive n'ont

plus besoin d'être démontrés. M. Gosset trouve que l'on n'incline pas encore assez et au lieu de donner à ses opérées une inclinaison de 45° , il a tendance à augmenter encore cette inclinaison et à atteindre 30 à 35° .

M. Gosset a fait construire une table d'opérations avec pied unique, pouvant s'élever ou s'abaisser au gré de l'opérateur et donnant une inclinaison très marquée. Le mouvement de bascule est commandé par un volant placé sous le plateau de tête et que peut faire manœuvrer l'aide chargé de l'anesthésie. Cette table est pourvue de trois plateaux : l'un court pour les jambes, un autre pour les cuisses et le bassin, et un troisième pour le thorax et la tête. En soulevant légèrement celui-ci, on relâche très sensiblement la paroi abdominale, et l'emploi d'épaulières convenablement disposées, empêchent la malade de glisser.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES. — Ce sont ceux de toute opération abdominale.

La malade sera baignée, rebaignée, lavée, rasée. Mais le plus important sera de faire pratiquer pendant deux à trois jours une désinfection du vagin aussi soignée que possible.

On fera procéder matin et soir à un savonnage sérieux du vagin, puis à une irrigation à l'eau oxygénée et enfin à une irrigation bouillie à l'eau tiède.

Immédiatement avant l'opération, un dernier lavage au savon est encore pratiqué et des compresses de gaze assèchent le vagin.

La paroi abdominale est lavée au savon, à l'éther, à l'alcool et enfin à l'eau bouillie.

OPÉRATION : *Incision de la paroi.* — Elle doit être pratiquée, la malade en position déclive. D'où un double avantage : l'hémorragie de la couche sous-cutanée est moindre et surtout les anses intestinales tombent spontanément vers le diaphragme et après ouverture du péritoine, on trouve, sauf adhérences, le petit bassin complètement débarrassé d'anses grêles.

Lors des débuts de la position renversée, beaucoup de chirurgiens continuaient à inciser la paroi, la malade étant à plat, et ils ne faisaient incliner qu'après ouverture du péritoine, aussi le petit bassin était-il encore occupé par des anses grêles qu'il fallait déloger à la main.

M. Gosset incline dès le début et incline fortement au delà de 45°.

Puis par trois coups de bistouri il va ouvrir la cavité péritonéale :

Un premier coup incise d'un bout à l'autre, de l'ombilic au pubis, la peau et la couche sous-cutanée ; le second coup fend la ligne blanche et il suffit d'un troisième coup pour ouvrir le péritoine pariétal.

L'incision de la couche sous-cutanée doit être une incision longue, mais, sans toutefois avoir rien d'exagéré. M. Gosset fait partir l'incision à un centimètre au-dessous de l'ombilic et ne la fait pas aller tout à fait jusqu'au pubis ; si l'on descend bas, on coupe en effet une arcade artérielle sous-cutanée qui longe le pubis, ce qui oblige à mettre deux pinces, petite complication inutile.

Cette incision de la couche sous-cutanée saigne peu

il est du reste bien, ainsi que le recommande depuis longtemps le professeur Terrier, de recouvrir de chaque côté, avec un champ de toile stérilisé, la couche sous-cutanée incisée et tout en continuant l'opération d'exercer en appuyant sur ce champ, une légère compression.

Rien n'est plus facile que d'inciser la ligne blanche au bon endroit, entre les deux muscles droits.

L'opérateur saisit alors le péritoine pariétal avec une pince à griffe, l'aide en fait autant de son côté avec une pince à pression. Sur ce pli transversal ainsi pincé on incise, sans aucune crainte, puisque les anses grêles ont filé sur l'épigastre. Par la boutonnière péritonéale ainsi créée, on introduit la branche mousse d'une forte paire de ciseaux, on prolonge l'incision du péritoine en haut et en bas.

Si l'on veut opérer à l'aise, il est indispensable de fendre la gaine des droits jusqu'au pubis, les ciseaux venant toucher la surface osseuse. Puis, d'un second coup de ciseau on fend le péritoine en évitant le sommet de la vessie, que l'on reconnaîtra à son épaisseur et qui saignerait, si l'on venait à le sectionner.

La paroi ouverte, M. Gosset ne repère pas le péritoine pariétal pour l'empêcher de se retracter ; cette précaution est inutile, si l'on emploie des valves pour écarter ; ces valves bien placées immobilisent le péritoine et l'empêchent de fuir.

Avant toute chose, dès que la paroi est incisée, il place la valve de Doyen avec appui fémoral, ajoutant ensuite son écarteur, si cela devient nécessaire.

Limitation du foyer opératoire. — Dans le cas où il y a des adhérences épiploïques, il faut s'en débarrasser de suite.

La seule et unique préoccupation du chirurgien doit être alors la protection de la cavité péritonéale.

« A aucun prix, nous dit M. Gosset, il n'est permis d'explorer le petit bassin, encore moins d'amorcer le moindre travail de libération de l'utérus et des annexes, avant d'avoir élevé avec grand soin cette barrière protectrice. Dès que le ventre est ouvert, il faut savoir résister à la curiosité, à l'envie de toucher les lésions. »
Il faut se contenter de regarder, ne pas toucher. »

Cette barrière protectrice est faite avec des compresses de toile et des compresses de gaze. M. Gosset se sert de compresses tellement grandes qu'il est impossible de les oublier dans le ventre.

« Nous avons l'habitude, nous dit M. Gosset, de nous servir de trois grandes compresses, l'une est placée au milieu, contre le promontoire ; la seconde est plissée sous la lèvre gauche de l'incision, la troisième sous la lèvre droite. Et ces trois compresses, dont une partie seulement est dans le ventre, forment un solide mur de séparation entre la grande cavité et le petit bassin. Elles doivent rester en place pendant toute la durée de l'opération. Par-dessus, on établira avec des compresses de gaze une seconde couche qui, elle, pourra être changée au fur et à mesure qu'elle sera souillée et qui, en même temps qu'elle protège, sert aussi à absorber les liquides septiques et le sang au cours des manœuvres de décoration. »

On va pouvoir maintenant s'attaquer à la lésion elle-même, à moins qu'il existe des adhérences de l'intestin grêle. Dans ce cas, on s'en débarrassera au plus vite et par-dessus ces anses grêles libérées on réappliquera une nouvelle couche de compresses. S'il existait une perforation, il faudrait faire un surjet très soigné et chercher à en faire par-dessus, un autre plus superficiel, séro-séreux, pour enfouir le premier. Si l'intestin est trop friable M. Gosset a recours aux greffes épiploïques, la résection peut être ainsi évitée.

Libération de l'utérus et des annexes. — Le temps d'énucléation, de libération des annexes et de l'utérus se prête mal à une description. On se rappellera qu'il est toujours plus commode de libérer les salpingites en procédant de bas en haut que de haut en bas.

Lorsque les annexes suppurées, à parois minces, très volumineuses, sont tombées dans le fond du petit bassin par-dessus l'utérus et masquent celui-ci, il y a intérêt à ponctionner l'un des côtés, puis l'autre, à évacuer le pus, à énucléer les annexes et finalement on est conduit sur l'utérus qui se trouve ainsi dégagé le dernier. C'est là le cas le plus difficile.

L'ablation première de l'utérus, l'hémisection utérine, le procédé américain bien que ne permettant que des subtotaux, peuvent cependant se faire à la rigueur comme premier temps de la totale.

L'utérus et les annexes libérées il ne reste plus qu'à faire l'hystérectomie proprement dite.

Hystérectomie totale. — Les premiers temps sont les mêmes que pour la subtotale, c'est-à-dire section

successive et de chaque côté du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond. M. Gosset emploie à cette hémostase provisoire une simple pince de Kocher, laissant de côté les clamps volumineux et démesurément longs dont certains ont l'habitude de se servir.

Il trace ensuite la collerette péritonéale antérieure, en ayant soin de sectionner transversalement au ciseau le péritoine du cul-de-sac antérieur, non pas au niveau de l'utérus, mais bien au niveau du fond du cul-de-sac, c'est-à-dire au-dessus du reflet blanchâtre du péritoine, qui forme la ligne de séparation entre la zone adhérente et la zone décollable : la section portera ainsi au niveau de la zone décollable.

Avec un instrument mousse, ou mieux encore avec une compresse de gaze, M. Gosset refoule vers le pubis péritoine et vessie et met ainsi à nu la partie antérieure du vagin. La vessie se reconnaît à ses trois caractères : son épaisseur, sa coloration, sa striation transversale ; le vagin est finement strié dans le sens vertical. Il va ouvrir aux ciseaux le cul-de-sac vaginal antérieur, mais pour cela avant d'ouvrir le vagin il va sectionner les utérines. L'utérine se bifurquant au niveau du col en une branche ascendante : l'utérine proprement dite, et deux branches descendantes : les artères cervico-vaginale et vaginale supérieure, c'est avant ce point de bifurcation, c'est-à-dire très bas, qu'il faudra lier l'utérine. On pourra alors sectionner à blanc toute la partie du vagin, on n'aura pas à craindre d'hémorragies.

Beaucoup de chirurgiens pour ouvrir le vagin, donnent la préférence à l'ouverture première du cul-de-sac

postérieur. M. Gosset ouvre toujours systématiquement en avant et pour plusieurs raisons :

Le cul-de-sac antérieur est toujours libre, bien accessible à la vue, et on l'ouvre sans conducteur, sans mettre au préalable une pince dans le vagin. Le cul-de-sac postérieur se présente moins facilement, souvent il faut le repousser, le faire saillir au moyen d'une pince placée dans le vagin. De plus, en ouvrant d'emblée le cul-de-sac postérieur, on s'expose à voir les quelques gouttes de liquide mélangées de mucus que le vagin contient quelquefois, tomber dans le Douglas, tandis qu'en ouvrant d'abord le cul-de-sac antérieur, avant d'achever la section du vagin, on introduit par ce cul-de-sac antérieur une mèche de gaze que l'on peut retirer de suite et qui assèche complètement le conduit vaginal.

Donc, M. Gosset commence par ouvrir le cul-de-sac antérieur, et après avoir repéré la tranche vaginale, il coupe circulairement tout le conduit d'un côté, puis de l'autre et finalement en arrière.

Il fait ensuite la ligature des pédicules vasculaires, avec un fil de soie mince ou mieux encore avec un fil de lin.

Drainage vaginal. — Si on ne draine pas, on termine l'opération comme dans la sus-vaginale ; dans le cas où le drainage est nécessaire et c'est presque toujours la règle, c'est toujours par le vagin qu'on le fera.

M. Gosset fixe la tranche vaginale par des points au catgut en avant, en arrière et sur les côtés, le conduit reste ainsi largement béant, et bien disposé pour drainer. Lorsque le Douglas est très profond, il est néces-

saire pour que le drainage passe au point le plus déclive, de faire une section médiane postérieure du vagin, jusqu'au fond du Douglas. Il place alors dans le vagin un gros drain en caoutchouc flanqué de deux mèches, ayant la même longueur que le drain.

Péritonisation. — M. Gosset cherche à faire une péritonisation aussi complète que possible, afin de ne pas laisser de surface cruentée. Aussi, lorsque le péritoine du Douglas le permet, lorsqu'il existe encore et surtout lorsqu'il est souple, ce qui est rare dans les cas suppurés et difficiles, il est bon de placer à droite et à gauche quelques points pour refaire en partie les ligaments larges.

Mais, ce qui est beaucoup plus important, c'est d'exclure de la grande cavité tout le Douglas, et pour cela il n'y a qu'à établir au-dessus du drain et du Douglas, un plafond péritonéal, un rideau obtenu par la suture du feuillet péritonéal de la vessie à l'S iliaque. Cette suture doit être hermétique, elle doit interrompre toute communication entre le Douglas et la grande cavité ; c'est dire qu'elle doit être continue, en surjet, à points serrés et faits avec grand soin.

Le surjet est des plus faciles à exécuter. Pour l'opérateur placé à droite de la malade, il est mené de gauche à droite. M. Gosset à l'habitude de le faire à la soie fine et avec une aiguille de Reverdin courbe ou une aiguille à pédale.

Au-dessus de ce surjet est la grande cavité péritonéale, et au-dessous les ligatures des pédicules, le

Douglas et le conduit vaginal bien disposé pour servir de tube à drainage.

Disons enfin qu'à l'heure actuelle M. Gosset enlève systématiquement l'appendice à toutes ses opérées d'hystérectomie, car presque toujours il s'est montré lésé, et plusieurs fois il fut obligé d'enlever secondairement l'appendice à des malades qu'il avait hystérectomisées.

Il est arrivé quelquefois à M. Gosset, rarement du reste, de faire un double drainage: un drainage vaginal qui lui était indispensable et en plus de mettre un petit drain de sûreté abdominal, dans le cas où il n'était pas certain d'avoir eu une très bonne protection pendant toute la durée de l'opération.

Suture de la paroi. — M. Gosset fait la suture de la paroi à étages, à points séparés ou en surjet. Après avoir employé le catgut, il est revenu à la soie très fine ou mieux encore au fil de lin.

On fait une série de points séparés sur le plan péritonéal, de même pour le plan musculo-aponévrotique, et enfin sur la peau on met des crins très fins, ne prenant que la peau elle-même, sans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui permet de prendre très près de la ligne d'incision et d'obtenir une cicatrice à peine visible.

Suites opératoires. — Le drain est laissé en place trois jours et l'écoulement vaginal est recueilli sur une lame de ouate. Au deuxième jour on enlève les mèches, et au troisième jour le drain lui-même. Et alors, pendant les jours suivants, chaque matin, on fait une irrigation vaginale à l'eau bouillie, en ayant soin de mettre la

malade dans la position de la taille, sur le bord du lit, et en mettant deux valves qui maintiennent le vagin largement béant et permettant la sortie facile de l'eau injectée. Puis, vers le huitième jour, on fait de simples injections vaginales.

Lorsque l'opération a été bien menée, les suites sont des plus simples. La température ne dépassera pas 37°2 à 37°4 et le pouls monte seulement à 80 ou 90.

Le régime est des plus simples. Le premier jour, rien. Le second jour, du lait et de l'eau de Vichy. A la fin du second jour ou au troisième, la malade rend spontanément des gaz. On administre un lavement le soir du troisième jour et un purgatif le matin du quatrième jour. A partir de ce moment, l'alimentation est reprise progressivement; les fils sont enlevés au huitième jour et la malade se lève du quinzième au vingtième jour.

Telle est la technique que suit toujours M. Gosset; voyons quels en sont les résultats?

Statistique du D^r Gosset.

ANNÉES.	<i>Interventions.</i>	<i>Guérisons.</i>	<i>Morts.</i>
1900. . . .	1	1	0
1901. . . .	3	2	1
1902. . . .	3	2	1
1903. . . .	10	10	0
1904. . . .	10	10	0
1905. . . .	10	10	0
1906. . . .	17	17	0
1907. . . .	10	10	0

Soit un total de : 64 interventions avec 62 guérisons et 2 morts.

La guérison survenant toujours avec la même rapidité chez toutes les opérées, il m'a paru inutile de publier le résumé de chacune des 62 guérisons.

A la suite de ce chapitre, je publierai seulement quelques-unes des observations de ces interventions. Parmi celles-ci j'ai tenu à citer les deux observations des deux seules morts qu'a eu M. Gosset, afin de bien montrer qu'elles remontent aux années 1901 et 1902, c'est-à-dire aux premières années où M. Gosset faisait des totales.

Je n'insisterai pas sur la gravité des cas opérés, je ferai simplement remarquer que la première opérée le fut suivant la méthode américaine et qu'au drainage vaginal, on ajouta un drainage abdominal ; quant au second cas, on fit un drainage abdomino-vaginal et on mit un drain abdominal.

Cette statistique donnant 3 pour 100 de mortalité tomberait donc à 0, si je ne m'occupais, comme je devrais le faire, que des cas opérés depuis 1903. Depuis cette époque, en effet, M. Gosset emploie toujours la technique que nous venons de décrire, technique qui lui a donné les excellents résultats que nous publions.

OBSERVATIONS DU D^r GOSSET

Obs. I (GOSSET). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominal et drainage vaginal. Mort.*

Marie L... femme Br..., 40 ans, entre le 11 septembre 1902, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement Premier accouchement à 26 ans, second accouchement à 34 ans, tous les deux normaux.

25 août 1902. — Les règles ont un retard de dix jours et durent trois jours. Une semaine plus tard, nouvelle perte et douleurs très vives dans le bas-ventre; les pertes ne durent que quelques heures. Les douleurs l'ont reprise depuis cinq à six jours et au moment de son entrée, la malade a de nouvelles pertes accompagnées de caillots.

Le palper est douloureux à l'hypogastre et au niveau de la fosse iliaque droite.

Au toucher, le col est lisse, régulier, repoussé en avant contre la symphyse, immobilisé. Le fond de l'utérus est senti à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Dans les culs-de-sac latéraux et postérieur, on constate la présence d'une masse en croissant, entourant l'utérus qu'elle immobilise, et s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne. Pouls : 108. T. : 37°. Anorexie. Constipation légère.

OPÉRATION : le 16 septembre 1902. — Par M. Gosset. Aide : M. Alexandre. Chloroforme : M. Arloing.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Multiples adhérences épiploïques qu'on détruit avec les doigts et les ciseaux. On aperçoit alors deux poches salpingiennes : La droite est plus volumineuse que la gauche. Ponction aspiratrice de la poche droite qui donne du sang et du pus, hystérectomie suivant le procédé américain, de droite à gauche; ponction de la poche gauche qui contient du sang et un liquide citrin. Il reste dans la grande

cavité pelvienne deux excavations à parois cartonnées qui marquent l'emplacement des poches salpingiennes.

Ligatures des pédicules. Surjet péritonéal à la soie. Suture de la paroi par plans séparés à la soie.

Drainage abdominal et drainage vaginal au moyen d'un tube en verre.

Durée de l'opération : une heure sept minutes. La malade a pris 50 centimètres cubes de chloroforme.

Après l'opération, injection de 1.000 grammes de sérum. Le soir T. : 37°2. Pouls : 110. Nouvelle injection de sérum. Piqûre d'éther et de caféine.

17 septembre. — T. : 37°2. Pouls : 136. Le soir la température est de 38°2, le pouls : 140. Nouvelle injection de sérum ; piqûre d'éther et de caféine.

18 septembre. — Au matin, T. : 38°5. Pouls : 168. Le soir, T. : 38°9. Pouls : incomptable.

Mort dans la soirée.

Obs. II (GOSSET). — *Salpingite droite. Kyste suppuré, inclus, de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale totale. Drain abdomino-vaginal et drain abdominal.*

Sylvie M..., 24 ans, entre le 24 juin 1901, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 11 ans. Règles normales. Pas de pertes blanches, légères douleurs avant et pendant les règles. Pas de grossesses, pas de fausses couches. Souffre depuis ses dernières règles de vives douleurs généralisées à tout l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite.

Le fond de l'utérus n'est pas perceptible par le palper.

Au toucher on trouve un col petit, fermé, regardant très en

avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse que l'on retrouve également par le palper abdominal et qui remonte à droite de la ligne médiane jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; l'exploration de cette masse rénitente est peu douloureuse.

OPÉRATION : le 12 juillet 1901, par M. Gosset.

Hystérectomie abdominale totale. Drain abdomino-vaginal et drain abdominal. L'utérus est petit, la cavité utérine contient du pus. Le corps utérin est intimement soudé à une grosse poche kystique, épaissie, enflammée, tapissée intérieurement de fausses membranes purulentes. La trompe droite adhérente au kyste contient du pus ; la trompe gauche, petite, est également enflammée.

Suites opératoires : 12 juillet. — Injection de 1.000 grammes de sérum. T. : 37°. Pouls : 80.

13 juillet. — Nouvelle injection de sérum. T. : 37° 2. Pouls : 104. Le soir : T. : 37° 5. Pouls : 106.

14 juillet. — Matin : T. : 37° 2. Pouls : 100. Soir : T. : 37° 2. Pouls : 100. Injection de sérum.

15 juillet. — Matin : T. : 37° 2. Pouls 110. Soir : T. : 37° 2. Pouls : 120. Délire.

16 juillet. — T. : 38°. Pouls : 120. Contractures. Mort dans la soirée.

Obs. III. (GOSSET). *Double salpingite. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie. Drainage vaginal.*

Eléonore D..., 21 ans, entre le 24 avril 1906, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans. Règles irrégulières, abondantes, douloureuses. Pertes blanches presque continuelles.

En 1905. — Pertes verdâtres, tachant le linge, mictions fréquentes et douloureuses. En 1906 : douleurs abdominales violentes ; pertes abondantes.

Au palper : douleur généralisée dans toute la fosse iliaque droite, avec maximum du point de Mac-Burney. Au toucher : col en légère antéversion ; utérus mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent accolée à l'utérus et un peu prolabée dans le Douglas, une masse arrondie, dure, douloureuse, du volume d'une petite orange. Le cul-de-sac gauche est souple, non douloureux.

OPÉRATION : le 30 avril. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Double salpingite purulente, du volume d'une grosse orange à droite, moins volumineuse à gauche. Hystérectomie abdominale totale, drainage vaginal. Appendicectomie. Fermeture de la paroi, par étages, à la soie, à points séparés.

Durée de l'opération : cinquante minutes.

Suites opératoires. — La température oscille entre 36° 8 et 37° 4. Le 3 mai, ablation du drain et des mèches. — Le 11 mai ablation des fils.

La malade sort guérie le 21 mai 1906.

Obs. IV. (Gosset). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal. Appendicectomie.*

Antoinette B..., 18 ans, entre le 1^{er} avril 1906, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 14 ans. Règles abondantes, durant de deux à huit jours, toujours un peu douloureuses. Ni grossesses, ni fausses couches. Pertes blanches depuis l'âge de 16 ans, verdâtres au

début, accompagnées de douleurs siégeant dans tout le bas-ventre, avec maximum à droite. Depuis quelques jours ces douleurs sont devenues très vives.

Au toucher, on sent un col régulier, en situation normale, mais immobile. Les deux culs-de-sac latéraux sont remplis par une induration qui fait tout le tour du col. Le toucher est douloureux.

OPÉRATION : le 25 avril 1906. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On va de suite à l'utérus fixé par deux salpingites tombées dans le Douglas. On libère un peu la face postérieure de l'utérus et on empoigne le fond avec une pince à traction. On énuclée à droite et à gauche les deux salpingites suppurées, prolabées dans le Douglas et très adhérentes. Comme les deux trompes sont septiques on enlève les annexes et on termine par une hystérectomie totale avec ouverture première du cul-de-sac antérieur. L'hystérectomie est un peu pénible parce que l'utérus est fixé et que le vagin ne vient pas. Ligature des pédicules vasculaires. On draine par le vagin avec un drain et deux mèches, et on fait au-dessus un surjet entre le péritoine vésical et l'S iliaque. L'appendice mou, adhérent est enlevé. Fermeture de la paroi par étages et à points séparés. Durée de l'opération : une heure trois minutes.

Suites opératoires. — La température oscille entre 36°8 et 37°2. Le 27 avril, ablation des mèches. Le 1^{er} mai, ablation du drain. Le 4 mai, ablation des fils.

La malade sort le 20 mai 1906, complètement guérie.

Obs. V (GOSSET). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal, petit drain abdominal.*

Juliette W..., 24 ans, entre le 9 avril 1906, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans. Bien réglée jusqu'à 17 ans. A partir de ce moment ses règles avancent tous les mois. Fausse couche à 18 ans. A partir de cette époque la malade a eu presque chaque jour des pertes blanches. Douleurs dans la fosse iliaque gauche avec exacerbations, s'accompagnant parfois de vomissements bilieux. Depuis un an la malade éprouve de fortes douleurs dans le vagin.

État actuel. — Un peu de ballonnement du ventre. A la palpation l'abdomen est sensible dans toute son étendue et surtout dans les fosses iliaques. Au toucher : col immobile ; culs-de-sac latéraux très sensibles.

OPÉRATION : le 3 mai 1906. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Double salpingite suppurée blennorrhagique. Trompe droite tombée dans le Douglas, très adhérente au péritoine pelvien. Utérus également tombé dans le Douglas. Trompe gauche en position haute est adhérente à l'S iliaque. Ablation d'abord des annexes du côté droit, puis des annexes gauches, enfin de l'utérus par hystérectomie totale avec ouverture première du cul-de-sac antérieur. Ligature des pédicules vasculaires. La tranche vaginale est fixée par trois points de catgut au péritoine voisin. On met dans le vagin un drain et deux mèches. L'appendice normal n'est pas enlevé. Par précaution, un petit drain de sûreté abdominal. Durée de l'opération : cinquante-quatre minutes.

Suites opératoires. — La température ne cesse d'être normale. Le 6 mai, ablation du drainage vaginal et du drainage abdominal.

La malade sort guérie le 25 mai 1906.

Obs. VI (GOSSET). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale.*

Émilie S..., 31 ans, entre le 10 septembre 1906 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans, menstrues régulières mais douloureuses. A 25 ans, fausse couche de trois mois environ ; trois mois après, nouvelle fausse couche de six semaines. Depuis la dernière fausse couche, pertes blanches fortement teintées en vert.

État actuel. — Au toucher : col petit, régulier, fermé. Fond de l'utérus est tombé en arrière, semblant adhérer au cul-de-sac postérieur ; on le sent parfaitement au toucher rectal. Le cul-de-sac latéral droit est douloureux, le cul-de-sac gauche l'est moins.

OPÉRATION : le 21 septembre 1906. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Deux gros kystes séreux enflammés au niveau du péritoine vésical, on les ouvre sur des compresses et on constate une double salpingite avec poussée inflammatoire récente. Enucléation de chaque trompe, puis dans la trompe droite, puis hystérectomie totale par ouverture première du cul-de-sac antérieur. Drainage par le vagin au moyen d'un drain et de deux mèches. Suture de l'S iliaque au péritoine vésical à la soie fine. Suture de la paroi en trois plans à la soie.

Durée opératoire : quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — La température reste constamment normale. Le 24 septembre ablation du drain et des mèches. Le 30, ablation des fils. La malade guérie quitte la Pitié le 11 octobre 1906.

Obs. VII (GOSSET). — *Double salpingite suppurée à droite. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.*

Sophie D..., 38 ans, entre le 10 octobre 1906 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans. A 23 ans, grossesse normale, après laquelle elle a perdu pendant quelques semaines ; ses pertes tachaient le linge en jaune. Vers le 15 septembre, après ses règles, la malade a ressenti une très vive douleur, qui se localisa dans la fosse iliaque gauche, au bout d'une dizaine de jours. Depuis ses dernières règles la malade a eu deux métrorrhagies assez abondantes.

État actuel. — La palpation ne donne rien d'anormal dans la fosse iliaque droite ; la fosse iliaque gauche est douloureuse, et présente de la défense musculaire. Au toucher : col gros et dur ; cul-de-sac postérieur : douloureux ; cul-de-sac latéral gauche empâté et douloureux ; rien à droite.

OPÉRATION : le 31 octobre 1906. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On est un peu gêné par la distension des anses intestinales. L'utérus est adhérent à l'S iliaque ; on libère les adhérences. On saisit l'utérus avec une pince, on l'attire et on libère les annexes droites qui présentent le volume d'une orange. On ponctionne et on retire 100 grammes de pus et on enlève les annexes. A gauche il s'agit d'une ovaire du volume d'une noix ; on enlève les annexes gauches.

Ablation de l'utérus par une hystérectomie abdominale totale. Ligature à la soie des pédicules vasculaires. Dans le vagin on met un drain et deux mèches. Par dessus on fait un surjet péritonéal entre l'S iliaque et le péritoine vésical. Ablation de l'appendice un peu enflammé.

Suture de la paroi en deux plans et à la soie.

Durée opératoire : trente-six minutes.

Suites opératoires. — La température oscille entre 36°8 et 37°4. Le 3 novembre, ablation du drain et des mèches. Le

9 novembre ablation des fils. Le 22 novembre, 1906 la malade sort guérie de l'hôpital.

Obs. VIII (GOSSET). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal. Appendicectomy.*

Fernande L..., 19 ans, entre le 9 février 1907 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 13 ans. Règles normales depuis cette époque. A 17 ans, pertes verdâtres qui empesaient le linge ; depuis cette époque, pertes d'un blanc laiteux. Antécédents gonococciques nets.

A 18 ans et demi, grossesse assez pénible, accouchement normal.

20 novembre 1906. — Brusquement, sans cause apparente, elle est prise de douleurs vives du côté droit, vient à la consultation de la Pitié où l'on fait le diagnostic de salpingite : injections chaudes, capsules ichthyolées ; les douleurs augmentant, elle entre à l'hôpital le 30 novembre, dans le service du Dr Walter. Elle y reste cinquante jours : glace sur le ventre, injections ; ne souffrant plus elle quitte l'hôpital le 8 janvier.

25 janvier 1907. — Les douleurs reparaissent, d'abord sourdes, puis très vives.

État actuel. — Douleurs lancinantes dans la fosse iliaque droite avec exacerbations et irradiations dans la cuisse et dans la région lombaire. Eu outre, douleurs intermittentes du côté gauche. La température et le pouls sont normaux, l'appétit très diminué. La palpation abdominale très douloureuse révèle seulement de la défense musculaire à droite. Le toucher montre : un col en situation normale, irrégulier, un peu ulcéré à gau-

che ; dans le cul-de-sac droit, une grosse masse du volume d'une orange ; dans le cul-de-sac gauche, rien d'anormal.

OPÉRATION : le 23 février 1907. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Aucune adhérence dans le petit bassin : double salpingite suppurée. Énucléation et ablation de la trompe gauche, puis de la trompe droite. Ablation de l'utérus par l'hystérectomie abdominale totale avec ouverture première du cul-de-sac antérieur. Hémostase. Drainage vaginal : un drain et deux mèches ; par-dessus, surjet péritonéal à la soie fine. L'appendice, un tiers plus long que normalement, est enlevé. Suture de la paroi à la soie et en trois plans.

Durée de l'opération : trente-neuf minutes.

Suites opératoires : La température oscille autour de 37°. Le 26, ablation du drain et des mèches. Le 5 mars : ablation des fils.

La malade sort guétie le 16 mars 1907.

Obs. IX (GOSSET). — *Salpingite double suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal,*

Albertine F., 32 ans, domestique, entre le 26 mars 1907 à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Pertes blanches dans l'intervalle, très variables d'ailleurs. En 1896 grossesse normale à la suite de laquelle elle aurait eu de la métrite pendant six semaines. En 1906 la malade commence à souffrir du ventre surtout à droite. Depuis le commencement du mois de mars 1907 les douleurs abdominales vont en augmentant. La malade a depuis ce moment des pertes verdâtres, tachant le linge, avec sensation de brûlure à la miction. Elle reste cou-

chée pendant huit jours, puis reprend ses occupations. Le 26 mars la malade a une crise violente, avec douleurs localisées aux deux côtés de l'abdomen, mais surtout marquée à droite.

État actuel. — Ballonnement assez marqué du ventre. Dans la région sus-ombilicale le trajet du côlon transverse est douloureux seulement à la pression profonde. Dans la région sous-ombilicale, à deux travers de doigt de l'ombilic, douleur très vive avec légère induration et empâtement de la région. Sur les côtés, à droite, le trajet du côlon est douloureux, mais difficile à examiner étant donné la défense musculaire. Le point de MacBurney est douloureux. La douleur est vive au niveau des annexes. À gauche, douleur annexielle, moins vive qu'à droite.

Par le toucher, on trouve un empâtement de toute la région.

OPÉRATION : le 24 avril 1904. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'intestin adhère intimement aux annexes du côté droit, tombées comme celles du côté gauche dans le Douglas. On libère doucement cette anse.

Énucléation de la trompe droite suppurée. Ablation de la droite. Énucléation de la trompe gauche suppurée aussi et ablation. On termine en faisant l'hystérectomie abdominale totale, par ouverture première du cul-de-sac antérieur. Hémostase.

Un drain et deux mèches sont introduits dans le vagin. Par dessus on suture le péritoine vésical avec l'Siliaque. Cette suture n'est plus possible tout à fait à droite où le péritoine pelvien est adhérent. On bouche alors l'orifice par un fragment épiploïque complètement détaché de l'épiploon. Suture de la paroi à la soie et par plans.

Durée de l'opération : trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — Le 25 au soir la malade a 38°. Le 26 au matin 36°6. On lui fait deux piqûres d'huile camphrée ainsi que

des injections de 500 grammes de sérum pendant cinq ou six jours. Le 27, ablation du drain. Le 2 mai, ablation ne la moitié des fils ; le 4, ablation des derniers fils.

La malade quitte le service complètement guérie le 22 mai 1907.

Obs. X (GOSSET). — *Double salpingite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.*

Hélène D..., entre le 17 mars 1907, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 16 ans 1/2. Règles normales. Pertes blanches depuis un an.

Entre en juillet 1906 à l'hôpital de Lariboisière pour pertes de sang abondantes ; elle y reste un mois : repos au lit et injections chaudes. Depuis cette époque, les règles sont toujours très douloureuses.

En février 1907, la malade aurait fait une fausse couche d'un mois et demi environ. Le 16 mars les douleurs abdominales redoublent d'intensité, la malade entre à la Pitié.

Le toucher un peu douloureux ne donne pas grand'chose ; la palpation abdominale est surtout douloureuse à gauche.

OPÉRATION : le 28 mars. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Énucléation des annexes droite et gauche suppurée. Hystérectomie abdominale totale par ouverture première du cul-de-sac antérieur. Un drain et deux mèches dans le vagin. Par-dessus on suture le péritoine vésical avec l'S iliaque. Suture de la paroi en trois plans et à la soie.

Suites opératoires. — Parfaites. Pas de température. Le 1^{er} avril, ablation du drain. Le 7, ablation des fils. La malade sort guérie le 21 avril 1907.

Obs. XI (GOSSET). — *Salpingite droite suppurée. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal.*

Louise F..., 28 ans, entre le 28 août 1907, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 13 ans. Menstrues irrégulières, souvent douloureuses. Pertes blanches fréquentes. Opérée il y a huit ans d'appendicite à l'hôpital Saint-Louis par le Dr Ricard. Deux grossesses normales. Crises de salpingite il y a deux ans, soignées par le repos au lit et des injections chaudes.

Depuis six semaines la malade éprouve de vives douleurs dans tout l'abdomen, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Le ventre ballonné est douloureux à la pression. Au toucher on constate de l'empâtement des culs-de-sac, l'utérus est immobile.

Depuis son entrée à l'hôpital, et pendant un mois, la malade présente des signes d'occlusion intestinale.

OPÉRATION : le 9 octobre 1907. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, au niveau de l'ancienne cicatrice en enlevant la cicatrice cutanée. Péritoine pariétal non adhérent ; tout l'épiploon adhère dans le petit bassin, on libère cet épiploon et au-dessous on trouve un utérus en position normale flanqué à droite d'une salpingite suppurée, tombée dans le Douglas et adhérente à l'S iliaque. On protège avec soin, on ponctionne la poche et on retire par aspiration à peu près cinquante grammes de pus ; puis on extirpe cette poche. Ablation des annexes gauches qui ne sont pas suppurées. Hystérectomie totale, avec ouverture première du cul-de-sac antérieur. Hémostase. Un drain et deux mèches dans le vagin, et par-dessus on essaie tant bien que mal de refaire un péritoine en suturant l'S iliaque avec le péritoine vésical.

Durée de l'opération : trente-quatre minutes.

Les suites sont excellentes. La malade sort guérie le 31 octobre 1907.

Obs. XII (GOSSET). — *Double salpingite suppurée et appendicite. Hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. Appendicectomie.*

Alice P..., 24 ans, entré le 26 septembre 1907, à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Terrier.

Réglée à 17 ans. Règles régulières, non douloureuses. Parfois quelques pertes blanches. En 1904 : une grossesse normale.

La malade a des pertes de sang abondantes depuis le 12 août, au sang se trouvent mélangés des caillots ; depuis cette époque, vives douleurs abdominales. Les pertes s'arrêtent le 26 septembre.

Au toucher on trouve : le col très en arrière ; dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse adhérente, qui déborde dans la partie antérieure du cul-de-sac gauche, masse qui fait corps avec l'utérus. En arrière et à droite on sent une grosse salpingite du volume d'une orange.

OPÉRATION : le 14 octobre 1907. — Par M. Gosset.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Épiploon adhérent au péritoine vésical. On libère ces adhérences et on constate une salpingite droite suppurée, du volume d'une orange ; l'appendice est adhérent à cette trompe. On ponctionne et on retire 100 grammes d'un pus très fétide. On énuclée les annexes du côté droit, alors apparaît l'utérus plongeant dans le Douglas très profond, flanqué à sa gauche des annexes de ce côté, suppurées, très adhérentes à l'S iliaque. Enucléation des annexes du côté gauche, puis ablation de l'utérus par hystérectomie totale avec ouverture première du cul-de-sac antérieur. Ligature des pédi-

cules vasculaires. Un drain et deux mèches dans le vagin. Ablation de l'appendice. Suture du péritoine vésical avec l'S-iliaque. Par précaution on met un petit drain abdominal. Fermeture de la paroi en deux étages à la soie.

Durée de l'opération : quarante et une minutes.

Suites normales. — La malade sort guérie de l'hôpital le 7 novembre 1907.

TECHNIQUE DU DOCTEUR LENORMANT

Au cours de ces deux dernières années, M. Lenormant a opéré, soit à l'hôpital Laënnec, soit à l'hôpital Saint-Louis, onze cas de pyosalpinx en faisant l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal. Il a bien voulu nous communiquer les observations de ces interventions qui se répartissent de la façon suivante :

Année 1906. . 3 interventions 3 guérisons

Année 1907. . 8 — 8 —

Soit un total de 11 interventions avec 11 guérisons.

M. Lenormant est lui aussi convaincu que les chirurgiens finiront par délaisser complètement l'hystérectomie subtotale dans les cas de pyosalpinx en faveur de l'hystérectomie totale, pour les raisons que nous avons exposées au début de ce travail. Réservant la subtotale pour les cas où tout drainage est inutile, il fait toujours la totale lorsque le drainage est nécessaire et condamnant le drainage abdominal, il draine toujours par le vagin.

Nous n'insisterons point sur les soins de propreté qui précèdent l'intervention, ils sont sensiblement les mêmes que ceux que nous avons déjà décrits, aussi retomberions-nous dans des redites inutiles.

Mode opératoire. — Lorsque cela est possible, M. Lenormant enlève simultanément l'utérus et les annexes, ouvrant le vagin par un des culs-de-sac latéraux ; si les annexes sont très volumineuses, il les ponctionne, fait l'aspiration du pus et après les avoir décortiquées, enlève secondairement l'utérus ; si enfin une des annexes est très adhérente, l'autre annexe se laissant facilement libérer, il emploie le procédé américain modifié.

L'utérus et les annexes enlevés, comment va-t-il péritoniser ?

Une seule fois M. Lenormant a fait, au-dessus du drain et des mèches vaginales, un cloisonnement complet du petit bassin, en suturant hermétiquement au moyen d'un surjet au catgut, le péritoine vésical au colon ; le vagin est ainsi séparé par cette cloison de la cavité abdominale. Mais ce n'est pas là sa technique habituelle ; si M. Lenormant a employé ce genre de péritonisation, c'est que le colon pelvien était largement dénudé, d'une solidité douteuse et trop friable pour que l'on puisse tenter une suture ; il put ainsi exclure cette surface cruentée de la cavité abdominale.

Dix fois, et c'est son procédé habituel, M. Lenormant a laissé communiquer la cavité vaginale avec la cavité abdominale.

Il unit au moyen d'un surjet au catgut le péritoine vésical à la tranche vaginale antérieure, puis il fait un nouveau surjet sur les tranches des ligaments larges, enfouissant ainsi les pédicules vasculaires. Il ne suture pas le péritoine du côlon pelvien à la tranche vaginale postérieure, il laisse le côlon libre dans la cavité abdominale, se contentant de faire un surjet au catgut sur la tranche vaginale postérieure pour en faire l'hémostase.

Ceci fait, M. Lenormant place dans le vagin un gros drain en caoutchouc auquel il attache deux mèches de gaze stérilisée semblables à celles que nous avons décrites à propos de la technique du D^r Routier. Saisissant au moyen d'un grand clamp courbe l'extrémité du drain et des mèches qui doit aller dans le vagin, il les fait pénétrer dans le vagin de haut en bas, jusqu'à ce que l'extrémité interne du drain affleure l'extrémité interne du vagin, l'extrémité opposée allant jusqu'à la vulve, puis il place les mèches dans le Douglas et sur les tranches ligamentaires. Lorsque le Douglas est trop profond pour permettre un drainage parfait, d'un coup de ciseau il fend perpendiculairement la tranche vaginale postérieure. La paroi abdominale est suturée en un seul plan aux fils de bronze.

Quatre ou cinq jours après l'opération on enlève simultanément le drain et les mèches. Les soins post-opératoires sont les mêmes que ceux que j'ai déjà décrits, toujours aussi simples.

A la suite de ce rapide exposé, je publierai les onze observations très succinctement résumées des onze cas de pyosalpinx opérés par M. Lenormant ; elles mon-

treront que les suites opératoires ont toujours été des plus bénignes, les malades se levant vingt jours après l'opération et pouvant, dès le lendemain, quitter l'hôpital complètement guéries.

Statistique du D^r Lenormant.

ANNÉES.	<i>Interventions.</i>	<i>Guérisons.</i>	<i>Morts.</i>
1906.	3	3	0
1907.	8	8	0

Soit un total de 11 interventions avec 11 guérisons et 0 mort.

OBSERVATIONS DU D^r LENORMANT

Obs. I (LENORMANT). — *Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Q..., 34 ans, entre le 19 mars 1906, à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 4. A subi en décembre 1905 une amputation du col. Pertes et douleurs ont persisté.

A l'examen : tumeur annexielle gauche volumineuse et douloureuse.

OPÉRATION : le 21 avril 1906. — A gauche, annexes volumineuses, purulentes; à droite, lésions plus bénignes. Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal. Se lève le 11 mai.

Sort guérie le 19 mai 1906.

Obs. II (LENORMANT). — *Salpingite double et abcès de l'ovaire droit. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Marie H..., entre le 3 avril 1906, à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 22, pour forte salpingite droite, avec température 39°.

OPÉRATION : le 25 avril 1906. — A gauche, trompe atteinte de salpingite catarrhale et ovaire gros et hémorragique. A droite, grosse tumeur ovarienne (œuf d'oie), renfermant du pus, trompe très allongée, épaissie, purulente. Hystérectomie totale. Drainage vaginal.

Se lève le 15 mai. Sort guérie le 18 mai 1906.

Obs. III (LENORMANT). — *Pyosalpinx bilatéral. Hystérectomie totale. Guérison.*

Jeanne K..., 21 ans, entre, le 29 août 1906, à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 3, pour salpingite bilatérale avec maximum à droite. Température : 38°.

OPÉRATION : le 5 septembre 1906. — Deux grosses salpingites purulentes remplissent le bassin, adhérentes au plan pelvien et au côlon pelvien. Hystérectomie totale. Drainage vaginal.

Se lève le 25 septembre. Sort guérie le 27 septembre 1906.

Obs. IV (LENORMANT). — *Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Germaine G..., 32 ans, entre le 20 juillet 1907, à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 2, avec température 38°, pour salpingite bilatérale, plus volumineuse à droite.

OPÉRATION : le 9 août 1907. — A droite, collection tubaire suppurée, grosse comme un petit œuf. A gauche, trompe épaissie, contournée, adhérentes l'une et l'autre au gros intestin. Hystérectomie totale. Drainage vaginal.

Se lève le 30 août 1907. Sort guérie le 1^{er} septembre 1907.

Obs. V. (LENORMANT). — *Pyosalpinx double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

L., 23 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Denonvilliers, n° 18, pour métrite. Curettage suivi de douleurs annexielles et fièvre. En août, apyréxie, deux grosses salpingites.

OPÉRATION: le 16 août 1907. — Adhérences épiploïques; adhérences du côlon pelvien à la vessie; adhérences de la poche annexielle droite du volume d'un œuf avec le côlon pelvien. Annexes gauches moins malades. Hystérectomie abdominale totale suivant le procédé américain. Drainage vaginal.

Se lève le 2 septembre. Sort guérie le 6 septembre 1907.

Obs. VI (LENORMANT). — *Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Marie O..., 20 ans, entre le 7 août 1907, à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 4, pour une grosse salpingite double, plus volumineuse à gauche.

OPÉRATION : le 28 août 1907. — Deux masses annexielles, volumineuses, purulentes masquant l'utérus; quelques adhérences avec l'épiploon et le côlon pelvien. Hystérectomie totale. Drainage vaginal.

Se lève le 17 septembre. Sort guérie le 20 septembre 1908.

Obs. VII (LENORMANT). — *Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Élise D..., 35 ans, entre le 20 août 1907, à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 5, à la suite de douleurs abdominales remontant à plusieurs années.

OPÉRATION : le 30 août 1907. — Salpingite parenchymateuse gauche. Ovarite kystique et salpingite droite en partie incluse

dans le ligament large. Hystérectomie abdominale totale par le procédé américain. Drainage vaginal.

Se lève le 21 septembre. Sort guérie le 27 septembre 1907.

Obs. VII (LENORMANT). — *Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Pâquerette C..., 22 ans, entre le 18 août à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 6, après avoir subi un curettage à la Maison Dubois, pour grosse salpingite gauche.

OPÉRATION : le 4 septembre 1907. — Adhérences épiploïques et intestinales. Annexes droites peu altérées. Annexes gauches du volume d'un gros œuf, renferment du pus franc. Hystérectomie abdominale totale par le procédé américain. Drainage vaginal.

Se lève le 22 septembre. Sort guérie le 1^{er} octobre 1907.

Obs. IX (LENORMANT). — *Métrite et salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.*

Louise B..., 34 ans, entre en septembre 1907, à l'hôpital Saint-Louis, salle Jamain, n° 1, avec douleurs abdominales et pertes blanches ; col gros, douloureux, salpingite gauche. Avait été opérée par M. Rochard le 19 mai 1906 : Appendicectomie et enlèvement de l'ovaire droit scléro-kystique.

OPÉRATION : le 13 septembre 1907. — Quelques adhérences épiploïques. Salpingite. Hystérectomie totale. Drainage vaginal.

Se lève le 1^{er} octobre 1907. Sort guérie le 3 octobre 1907.

Obs. X (LENORMANT). — *Appendicite. Salpingite double. Hystérectomie abdominale totale. Appendicectomie.*

Marie B..., 33 ans, entre le 20 août 1907, à l'hôpital Saint-

Louis, salle Jamain, n° 1, pour appendicite ; le toucher montre double salpingite volumineuse. Température.

OPÉRATION : le 23 *septembre* 1907. — Adhérences épiploïques et intestinales. Côlon pelvien très adhérent. Appendicectomie. Salpingite double avec grosse collection purulente. Déchirure du côlon, surface dénudée nécessite cloisonnement du petit bassin après hystérectomie totale et drainage vaginal.

Se lève le 12 octobre. Sort guérie le 13 octobre 1907.

TECHNIQUE DU DOCTEUR LECÈNE

M. le D^r Lecène a bien voulu nous communiquer ses observations de totales pour pyosalpinx, et nous donner son avis sur ce genre d'intervention ainsi que sa technique opératoire ; qu'il veuille bien accepter nos vifs remerciements.

Chaque fois que M. Lecène se trouve en présence de salpingites suppurées, ou de salpingites non suppurées mais très adhérentes, laissant des décollements suintants et saignants, en un mot, dans tous les cas où il faut drainer, sans discussion M. Lecène fait l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal et cloisonnement du petit bassin.

Le premier temps de l'opération : l'extirpation des annexes et de l'utérus, dépend des conditions anatomiques : c'est ainsi que tantôt il aura recours au procédé américain modifié, avec ouverture du cul-de-sac latéral, s'il a affaire à des annexes très adhérentes d'un côté, tandis qu'elles le sont moins du côté opposé.

Tantôt au procédé de Terrier : ablation première de l'utérus, puis secondairement ablation des annexes.

Tantôt enfin, au procédé de J.-L. Faure : l'hémisection utérine ; on commence dans ce cas à faire une subtotalité, puis on enlève le col secondairement.

Utérus et annexes enlevés, on va péritoniser ; M. Lecène fait le cloisonnement vrai du petit bassin après hémostase soignée.

Après avoir rétréci l'ouverture du vagin par deux points de suture au catgut faits sur les côtés du vagin, M. Lecène place dans le vagin un gros drain qu'il fixe par un catgut, puis il réunit par un surjet continu au catgut fin, le péritoine vésical et le bord supérieur des ligaments larges, au méso-côlon iliaque et au péritoine pariétal postérieur du petit bassin et enfin au côlon pelvien lui-même ou à ses franges.

Lorsque de cette façon, tout le petit bassin cruenté est exclu et que le grand bassin est intact, tout drainage abdominal est inutile. Neuf fois M. Lecène s'en est complètement abstenu ; il suture alors la paroi abdominale, le plus souvent en un seul plan, aux fils d'argent.

Si des surfaces cruentées restent encore au-dessus du cloisonnement, par exemple au niveau du détroit supérieur ou sur la face supérieure de la vessie, un drain abdominal est alors mis également en place. Une seule fois M. Lecène y a eu recours ; mais en règle générale, je le répète, on se dispense absolument du drainage abdominal, c'est là un des avantages du procédé.

Un fois ou deux seulement, au drain vaginal M. Lecène

a ajouté une mèche vaginale ; il juge du reste cette adjonction inutile, et croit qu'un gros drain bien fixé et bien en place est préférable comme drainage, pour peu que l'hémostase soit bien assurée.

Les suites opératoires ont toujours été simples et le drain vaginal est tombé spontanément du sixième au huitième ou neuvième jour. Jusque-là on se contente de faire des pansements vulvaires ; à partir du moment où le drain est tombé on fait des lavages du vagin à l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée.

Au cours de ces deux dernières années, M. Lecène a pratiqué à l'hôpital Lariboisière 10 hystérectomies abdominales totales pour annexites suppurées, qui se répartissent de la façon suivante :

ANNÉES :	<i>Interventions.</i>	<i>Guérisons.</i>	<i>Morts.</i>
1906	2	2	0
1907	8	8	0

Soit un total de 10 interventions, avec 10 guérisons et 0 mort.

OBSERVATIONS

Obs. I (LECÈNE). — X..., entre en mai 1906 à l'hôpital Lariboisière.

A subi le 19 janvier, une colpotomie postérieure : grande quantité de pus chocolat.

OPÉRÉE : le 6 juin 1906. — Hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées.

Sortie guérie sans complications.

Obs. II (LECÈNE). — X..., 32 ans, entre en novembre 1906 à l'hôpital Lariboisière.

Pertes blanches ; douleurs abdominales surtout marquées à droite.

OPÉRÉE : le 10 décembre. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite suppurée double. Appendicectomie.

Guérison sans incidents.

Obs. III (LECÈNE). — X..., 30 ans, entre en janvier 1907, à l'hôpital Lariboisière.

En janvier 1906 : Curettage et amputation du col, n'amenant aucune amélioration.

OPÉRÉE : le 9 janvier 1907. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double suppurée, surtout à gauche.

Sortie guérie sans incidents.

Obs. IV (LECÈNE). — X..., 41 ans, entrée en janvier 1907.

A subi il y a neuf ans une castration unilatérale. Depuis trois ans, pertes sanguinolentes et purulentes.

OPÉRATION : le 23 janvier 1907. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite suppurée. Appendicectomie.

Guérison sans complications.

Obs. V (LECÈNE). — X..., 25 ans, entrée en mars 1907.

En février 1907 ; colpotomie postérieure.

OPÉRATION : le 3 avril 1907. — Hystérectomie abdominale totale pour pyosalpinx double.

Guérison sans incidents.

Obs. VI (LECÈNE). — X..., 43 ans, entrée en mars 1907.

OPÉRATION : le 5 avril 1907. — Hystérectomie abdominale totale pour annexite double suppurée.

Guérison sans complications.

Obs. VII (LECÈNE). — X..., entrée en août 1907

OPÉRATION : *le 5 août 1907.* — Hystérectomie abdominale totale, pour grossesse tubaire droite et salpingite gauche suppurée. Appendicectomie.

Guérison sans incidents.

Obs. VIII (LECÈNE). — X..., 28 ans, entrée en août 1907.

OPÉRATION : *le 9 septembre 1907.* — Hystérectomie abdominale totale, pour double annexite suppurée.

Guérison sans incidents.

Obs. IX (LECÈNE). — X..., 33 ans, entrée en octobre 1907.

OPÉRATION : *le 25 octobre 1907.* — Hystérectomie abdominale totale pour double annexite suppurée.

Guérison sans complications.

Obs. X (LECÈNE). X..., 39 ans, entrée en novembre 1907.

OPÉRATION : *le 13 novembre 1907.* — Hystérectomie abdominale totale : double annexite suppurée ; adhérences multiples de l'intestin grêle ; cloisonnement partiel du petit bassin. Drainage vaginal et un drain abdominal.

Guérison sans incidents.

CONCLUSIONS

I. — La plupart des chirurgiens considèrent que le traitement radical des annexites suppurées doubles doit être l'hystérectomie abdominale. On la fait suivant deux méthodes : l'hystérectomie abdominale subtotale avec ou sans drainage abdominal et l'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal ou drainage abdominal.

II. — La majorité des chirurgiens préfèrent l'hystérectomie subtotale à l'hystérectomie totale parce qu'elle serait plus simple, plus rapide, plus aseptique et plus bénigne ; lorsqu'ils drainent, ils le font par l'abdomen, parce que le vagin serait une cavité normalement infectée, qu'il serait impossible malgré un nettoyage minutieux de pouvoir complètement aseptiser.

III. — Nous reconnaissons que l'hystérectomie subtotale est un peu plus simple et un peu plus facile à exécuter que l'hystérectomie totale ; mais, le drainage abdominal présente de nombreux inconvénients : possibilité d'une compression de l'intestin, écoulement imparfait des liquides, retard dans la guérison de la plaie opératoire, éventualité d'une éventration et de fistules.

IV. — Dans les cas simples, *ne nécessitant pas de drainage*, on peut être autorisé à faire des subtotaux, mais à la condition expresse de pouvoir supprimer toute surface cruentée, c'est-à-dire de pouvoir partout tapisser le petit bassin d'une lame péritonéale.

V. — Si les cas sont difficiles, s'il y a eu infection au cours de l'opération, s'il faut drainer, si la séreuse péritonéale est en partie détruite, *l'hystérectomie totale, avec drainage vaginal, est la méthode de choix.*

VI. — Après la subtotal, en effet, le col peut rester douloureux, et surtout il peut être la source d'écoulements parfois très abondants nécessitant un traitement ultérieur ; de plus, on a constaté la transformation néoplasique du moignon cervical, ce qui à vrai dire est une rareté ; mais, surtout, l'hystérectomie totale permet un large drainage vaginal.

VII. — La désinfection du vagin est en effet possible, et peut-être parfaite ; jamais nous n'avons observé l'infection ascendante du péritoine.

VIII. — Le drainage vaginal est seul logique, il est influencé par la pesanteur et il draine au point déclive.

IX. — Les soins post-opératoires après drainage vaginal sont d'une grande simplicité, ne ressemblant en rien aux soins que nécessite le drainage abdominal : aspiration quotidienne du drain, changements successifs de drains de différents calibres.

X. — Après l'hystérectomie totale pratiquée suivant un des procédés que nous indiquons, on fera le drainage vaginal, soit en ne faisant pas le cloisonnement inférieur du petit bassin, les cavités abdominale et vaginale communiquent alors entre elles ; soit, en réunissant, au-dessus du drainage vaginal, le feuillet péritonéal de la vessie à l'S iliaque, fermant ainsi le péritoine au-dessus du vagin, de manière à exclure le Douglas et intercepter toute communication entre le vagin et la grande cavité péritonéale.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Avant-propos	9
II. — Historique	11
III. — Parallèle entre l'hystérectomie abdominale totale et l'hystérectomie abdominale subtotale pour annexites suppurées.	19
IV. — Du drainage après l'hystérectomie abdominale ; drainage abdominal et drainage vaginal.	30
V. — Technique du Dr Routier.	36
VI. — Technique du Dr Gosset.	100
VII. — Technique du Dr Lenormant	129
VIII. — Technique du Dr Lecène.	137
IX. — Conclusions	142

Vu : le Président de la thèse

RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

